



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

PSYKIATRISEN POTILAAN KOKEMUS HOI- DOSTAAN AIKUISPSYKIATRISELLA OSAS- TOLLA

Asta Laaksonen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LAAKSONEN ASTA:

Psykiatrisen potilaan kokemus hoidostaan aikuispsykiatrisella osastolla

Opinnäytetyö 64 sivua, joista liitteitä 15 sivua
Toukokuu 2016

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kokemusmittareiden pohjalta kuvailla, millaisia ovat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian osastoilla olleiden potilaiden kokemukset kokonaisvaltaisesta hoidostaan. Opinnäytetyön ongelmina oli selvittää, millainen on aikuispsykiatrian osaston potilaan kokemus saamastaan hoidosta ja palvelusta, millainen on aikuispsykiatrian osaston potilaan kokemus saamastaan tiedonsaannista, millainen on aikuispsykiatrian osaston potilaan kokemus palvelujen toimivuudesta, millainen on aikuispsykiatrian osaston potilaan kokemus läheisten huomioonnotuksesta sekä miten aikuispsykiatrian osastojen toimintaa voisi potilasnäkökulmasta katsottuna kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa aikuispsykiatrian osastojen hoitohenkilökunnan tekemästä hoitotyöstä ja palveluiden toimivuudesta sekä lisätä opinnäytetyöntekijän omaa ammattitaitoa. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella menetelmällä. Aineisto oli kerätty valmiiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrisilta osastoilta. Aineiston määrällistä osuutta analysoitiin tilastollisesti kuvaillen ja laadullista osuutta sisällön erittelyllä.

Tulosten mukaan potilaat olivat kokonaisuudessaan tyytyväisiä sairaalassa saamaansa hoitoon ja palveluun. Potilaat kokivat, että hoitohenkilökunta oli ammattitaitoista ja tiedonsaanti oli ymmärrettävää. Heillä oli myös tarvittaessa mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa ja heidän läheisiään kohdeltiin hyvin. Hyvästä kokemuksesta huolimatta osa potilaista olisi halunnut osallistua hoitonsa arviointiin aktiivisemmin sekä saada enemmän tietoa sairaudestaan, tutkimuksistaan ja lääkkeistään. Vaikka keskustelun mahdollisuus koettiin hyväksi, osa potilaista koki kuuntelun riittämättömäksi. Eniten hyvään kokemukseen heikentävästi vaikutti potilaiden kokemus toiminnan vähäisyydestä. Yli 20 prosenttia potilaista olisi kaivannut enemmän toimintaa osastohoidon aikana.

Jatkotutkimusaiheena olisi hyvä selvittää, hyödyntävätkö sairaalat kokemusasiantuntijoita kehittäessään palveluitaan. Yhdistämällä ammatillista ja kokemuksen kautta tullutta tietoa päästäisiin tarkoituksenmukaisempaan ja toimivampaan palvelukokonaisuuteen.

Asiasanat: psykiatriset potilaat, psykiatrinen hoito, potilaslähtöisyys, tiedonsaanti, läheiset

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

LAAKSONEN ASTA:

A Psychiatric Patient's Experience of Care on an Adult Psychiatric Ward

Bachelor's thesis 64 pages, appendices 15 pages
May 2016

The purpose of this study was to describe patients' experiences of their comprehensive treatment in adult psychiatric wards at Pirkanmaa Hospital District using experience metrics. The objective of this study was to provide information of care work and service functionality by nursing staff in wards of adult psychiatric and to increase the expertise of the thesis author. The study was conducted using a quantitative method. The data were collected within Pirkanmaa Hospital District wards of adult psychiatry. The quantitative data were analyzed statistically using charts and through qualitative content analysis.

The results suggest that patients' were pleased with the treatment and service at the hospital. Patients' felt that the medical staff was professional, information was understandable, their families were treated very well and if necessary they had the opportunity to discuss with the nursing staff. Despite the good experience, some of the patients' would have wished to participate more actively in the evaluation of their treatments, as well as to receive more information about their illness, research and medication. While experiencing possibility to discuss as good, some patients felt listening to be inadequate. Low level of activities had the most negative effect on patients' satisfaction of treatment. More than 20 % of the patients' would have wished more activities during inpatient care.

A subject for further study could be to find out whether hospitals take advantage of experience experts when they develop their services. By combining information coming from professional and via experience one would achieve more adequate and functional package services.

Key words: psychiatric patients, psychiatric treatment, patient centeredness, access to information, close ones

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Psykiatrinen potilas	8
3.2	Kokemus hoidosta ja palvelusta	10
3.3	Tiedonsaanti	12
3.4	Palvelujen toimivuus.....	13
3.5	Läheiset	15
3.6	Psykiatrinen sairaalahoito	17
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	19
4.1	Kvantitatiivinen menetelmä	19
4.2	Aineiston keruu	20
4.3	Aineiston analysointi	21
5	TULOKSET	25
5.1	Kokemus hoidosta ja palvelusta	25
5.2	Tiedonsaanti	26
5.3	Palvelujen toimivuus.....	29
5.4	Läheiset	29
5.5	Palvelu sairaalassa	30
5.5.1	Kehityskohteet.....	31
5.5.2	Vahvuudet	34
6	POHDINTA.....	38
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	38
6.2	Tulosten tarkastelu	42
6.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	45
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	50
	Liite 1. Kokemusmittari	50
	Liite 2. Kokemus hoidosta ja palvelusta	52
	Liite 3. Tiedonsaanti	53
	Liite 4. Palvelujen toimivuus.....	54
	Liite 5. Läheiset	55
	Liite 6. Palvelu sairaalassa	56
	Liite 7. Kehityskohteet	57
	Liite 8. Vahvuudet	59
	Liite 9. Tutkimustaulukko	60

1 JOHDANTO

Mielenterveystyön lähtökohtina ovat yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistäminen sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen (Mielenterveyslaki 1990). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että jokaisella on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Potilaan ihmisarvoa ei tule loukata vaan hänen hoitonsa ja kohtelunsa on järjestettävä siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Hoidon tulee näin ollen tapahtua mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Mielenterveyslaki 1990).

Sen lisäksi, että mielenterveyshäiriöillä on suuria terveydellisiä ja taloudellisia vaikutuksia, niillä on myös huomattava yhteiskunnallinen merkitys (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012:24, 14). Vuonna 2012 psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita käytti lähes 163 000 ihmistä, joista osastohoidossa oli 27 738. Hoitojakson pituus vuodeosastolla oli keskimäärin 34 päivää. Hoitopäiviä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oli yhteensä noin 1,4 miljoonaa sisältäen avohoitokäynnit sekä vuodeosastohoidot. (Fredriksson & Pelanteri 2014, 1.)

Psykiatrisen potilaan hoitotyö on arkaluonteista, monimuotoista ja vaatii hoitohenkilökunnalta erityisosaamista. Hoidon peruslähtökohtina ovat yksilön ja hänen perheensä voimavaroja tukeva ja kunnioittava työote sekä mielenterveyden edistäminen. (Kuhanen ym. 2012, 30.) Mielenterveysongelmiin tulee asennoitua samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin. Taatakseen potilaalle yhdenvertaisen kohtelun ja hoitoon pääsyn, asenteet mielenterveysongelmia kohtaan tulee ottaa huomioon jo peruskoulutuksessa. Tarpeen mukaan työnantajan tulee järjestää työntekijöille täydennyskoulutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 19.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla kokemusmittareiden pohjalta, millaisia ovat aikuispsykiatrian osastoilla olleiden potilaiden kokemukset kokonaisvaltaisesta hoidostaan. Aihe tuli toivomuksena Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä (PSHP). Kokemusmittarin sisällön ovat laatineet yhteistyössä PSHP sekä Tampereen kaupungin psykiatrian palvelut ja se on ollut vuoden 2013 lokakuusta alkaen käytössä Pitkänien sairaalan akuut-

tipsykiatrian yksiköissä ja 1.3.2014 alkaen kaikilla aikuispsykiatrian osastoilla. Opin-
näytetyössä analysoitiin kokemusmittareita, jotka on kerätty aikuispsykiatrisilta osas-
toilta 1.3.–31.12.2014 välisenä aikana. (Liite 1)

2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla kokemusmittareiden pohjalta, millaisia ovat aikuispsykiatrian osastoilla olleiden potilaiden kokemukset kokonaisvaltaisesta hoidostaan.

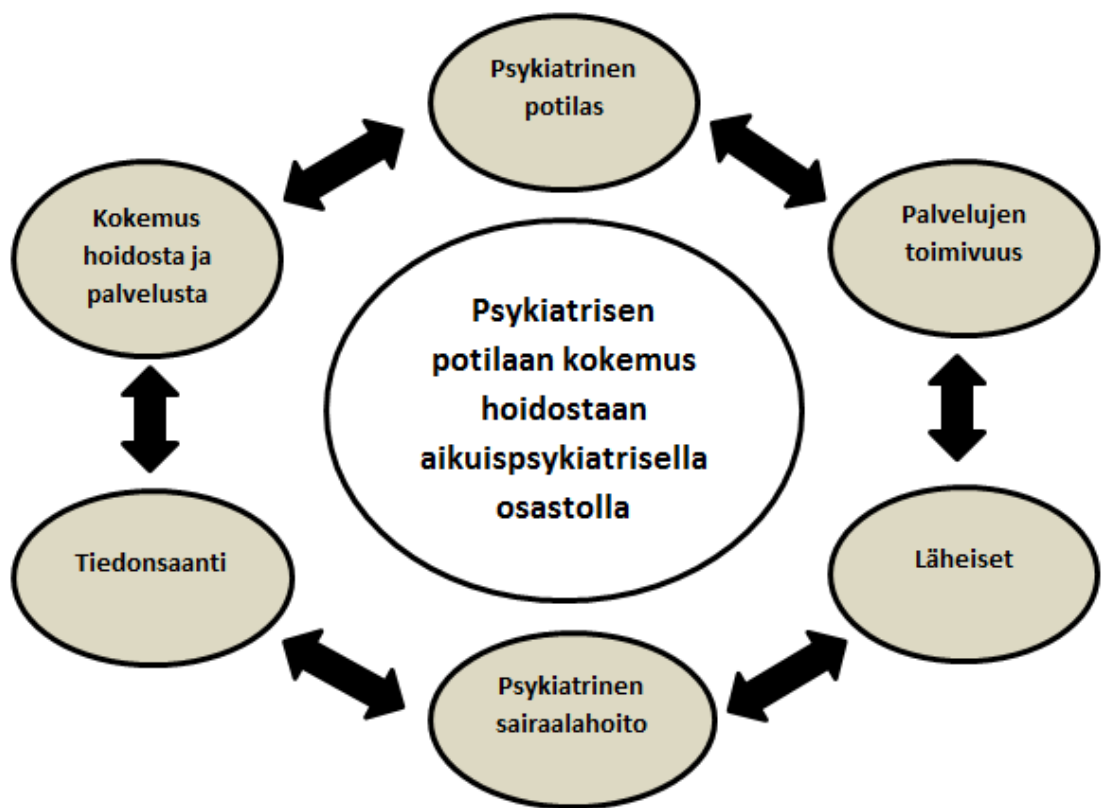
Opinnäytetyön ongelmat:

1. Millainen on aikuispsykiatrian osaston potilaan kokemus saamastaan hoidosta ja palvelusta?
2. Millainen on aikuispsykiatrian osaston potilaan kokemus saamastaan tiedonsaannista?
3. Millainen on aikuispsykiatrian osaston potilaan kokemus palvelujen toimivuudesta?
4. Millainen on aikuispsykiatrian osaston potilaan kokemus läheisten huomioinnista?
5. Miten aikuispsykiatrian osastojen toimintaa voisi potilasnäkökulmasta katsottuna kehittää?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa aikuispsykiatrian osastojen hoitohenkilökunnan tekemästä hoitotyöstä sekä palveluiden toimivuudesta. Opiskelijan näkökulmasta tavoitteena oli kehittää ammattitaitoa psykiatrisen potilaan hoitotyössä, jotta voi tulevaisuudessa taata työelämässä laadukkaampaa ja turvallisempaa hoitoa potilaille.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössä tarkastellaan, millaisia ovat aikuispsykiatrian osastoilla olleiden potilaiden kokemukset kokonaisvaltaisesta hoidostaan. Keskeisimpinä käsitteinä ovat psykiatrinen potilas sekä psykiatrinen sairaalahoito. Kokemusmittarin teemoista muodostuivat käsitteet kokemus hoidosta ja palvelusta, tiedonsaanti, läheiset sekä palvelujen toimivuus. Työn teoreettiset lähtökohdat esitetään seuraavassa kuviossa (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Psykiatrinen potilas

Ihmisen kehitys ja psyykkinen hyvinvointi nähdään yhä enemmän vuorovaikutuksellisenä, johon vaikuttavat ympäristö, lähimmäiset, elinpiiri ja kulttuuri sekä omaksutut arvot, normit ja identiteetti. Mielenterveysongelmat ovat sidoksissa ihmisen kehityshistoriaan ja siihen liittyy usein heikko itsearvostus sekä psyykkisten itsesäätelykeinojen

niukkuus. Sosiaaliset taidot voivat olla puutteelliset ja elämänhistoriassa useita hylkäämisen kokemuksia, joten toipuminen vie aikaa ja koskettaa ihmisenä olemisen kaikkia puolia. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 9, 46.)

Psykiatrinen potilas ja hoitotyön ammattilainen muodostavat yhteistyösuhteen, jossa potilas on vastuussa omista asioistaan hoitotyöntekijän tukiessa hänen voimavarojaan. Jotta vastuunotto omasta itsestään on mahdollista, potilaan tulee saada ymmärrettävää tietoa psykiatrisista ongelmistaan, hoidon tarpeesta ja sen sisällöstä. Avoin yhteistyö molempien osalta on tärkeää. Psykiatrinen potilas ei välttämättä ole hyvässä kontaktissa itseensä tai omiin asioihinsa, minkä vuoksi yhteistyön sujuminen vaatii hoitotyöntekijältä hyvää ammattitaitoa. (Lönqvist ym. 2007, 18–19.) Autettavana olemiseen saattaa liittyä myös holhoamisen ja nöyryytyksen kokemus, jolloin potilas voi kokea häpeää ja syyllisyyttä. Heikon itseluottamuksen vuoksi potilas saattaa luopua yrittämästä mahdollisten pettymysten seurauksena, tai jos toipumisessa ei ole tapahtunut etenemistä. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 46.) Avoimuus hoitosuhteessa lisää olennaisesti potilaan luottamusta hoitavia henkilöitä, hoitoa ja hoitojärjestelmää kohtaan (Lönqvist ym. 2007, 19).

Psykiatriisiin potilaisiin kohdistettiin aiemmin kielteisiä asenteita, pelkoja ja negatiivista leimautumista muun muassa tiedon puutteen, potilaiden oireiden ja käyttäytymisen sekä laitoksiin eristämisen vuoksi. Kielteinen leimaaminen on lopulta johtanut sosiaalisen aseman heikkenemiseen ja syrjintään. Asenteita ollaan uusien tutkimustietojen ja hoitomenetelmien sekä koulutuksen avulla saatu muutettua myönteisimmiksi. Potilaiden tukena ovat olleet omaiset, hoitohenkilökunta sekä potilas- ja omaisjärjestöt, jotka pyrkivät tasa-arvoisuuteen. Lisäksi nykypäivänä monet mielenterveyden häiriöt ovat niin yleisiä, erityisesti ahdistus ja masennus, että monella on niitä koskevia kokemuksia lähipiirinsä kautta. Hoidosta saadut hyvät tulokset ovat lisänneet myönteistä suhtautumista mielenterveyden ongelmia kohtaan. Mielenterveys on aina suhteellinen asia ja vaikka potilas olisi vaikeastikin häiriintynyt, häntä tulee silti hoitaa parhaalla mahdollisella, eettisesti kestäväällä ja lain edellyttämällä tavalla. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 16.)

Vaikka ihmisellä onkin vaikeita psyykkisiä ongelmia, se ei tarkoita, että hänen koko elämänsä olisi kärsimystä ja täynnä ongelmia. Monet kykenevät selviytymään äärimmäisen vaikeasta elämänhistoriastaan huolimatta hämmästyttävästi ja heiltä löytyy uskomattomia voimavaroja sekä selviytymiskeinoja. He saattavat kyetä aktiiviseen harras-

tustoimintaan tai opiskeluun ja näin ollen kokemaan elämäänsä mielekkäänä ja palkitsevana. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 48.)

3.2 Kokemus hoidosta ja palvelusta

Potilaan kokemus saamasta palvelun laadusta on aina subjektiivista ja suhteessa hänen odotuksiinsa. Palvelun laatu koostuu kolmesta osasta: palvelun tekninen laatu, toiminnallinen laatu ja organisaatiokuva. Tekninen laatu kuvaa, mitä potilas varsinaisesti saa käyttäessään palvelua. Toiminnallinen laatu kertoo, miten yhteistyö ja vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä on sujunut. Organisaatiokuva puolestaan kertoo asiakkaan käsityksistä koskien organisaatiota. Toiminnalliset tekijät vaikuttavat eniten asiakkaan kokemaan laatuun. Tällöin laadun arviointi perustuu asiakkaan subjektiivisiin kokemuksiin yhteistyön sujuvuudesta. Potilaat itse ovat asiantuntijoita arvioimaan yhteistyön sujuvuutta. Hoitohenkilökunnan kanssa koetut kohtaamisen hetket ratkaisevat, onko potilas tyytyväinen vai ei. Organisaation toimintatapa näyttäytyy potilaan näkökulmasta hoitohenkilökunnan käyttäytymisessä. (Meronen & Pylkkänen 2005, 3036.)

Jokaiselle potilaalle tulee taata hyvä hoito ja huolenpito riippumatta hänen elämäntilanteestaan, taustastaan tai sairaudestaan. Hyvän hoidon kriteerejä katsotaan niin palveluja saavien potilaiden ja heidän läheistensä, kuin palveluja tuottavan tiimin ja organisaation hallinnon kannalta. Kriteereihin kuuluvat muun muassa ammattiosaaminen ja -taidot, henkilökunnan asenne ja käyttäytyminen, potilaslähtöisyys, luottamus, palvelujen saatavuus, tehokkuus ja taloudellisuus sekä yhteistyön onnistuminen. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 67.)

Psykiatrisen potilaan hoito suunnitellaan aina potilaan tarpeiden mukaan. Luodakseen hoidolle parhaat mahdolliset lähtökohdat, potilaan kokonaishoidon ja -kuntoutuksen tavoitteet sekä eri ammattiryhmien tehtävät hoidossa tulee määritellä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 75, 77.) Mielenterveysongelmista kärsivien hoidossa vaikeuksia esiintyy hoidon suunnitelmallisuudessa sekä hoitopolkujen ja hoitovastuun määrittelyssä. Puutteita ilmenee myös yhtenäisissä hoitolinjauksissa sekä hoidon jatkuvuudessa. (Holmberg, Hirschovits & Kylmänen 2008, 102.)

Potilaan ja hoitajan yhteistyösuhde on keskeisin asia psykiatrisessa hoitotyössä (Pitkänen, Mäki, Salminen & Kaunonen 2012, 15). Hoito perustuu yhteistyölle, josta molemmat ovat vastuussa. Pääosassa on kuitenkin aina potilas, joka nähdään osallistuvana ja aktiivisena vaikuttajana eikä vain passiivisena vastaanottajana. Suhde on ammatillinen, joka muodostuu potilaan avuntarpeen perusteella. Tavoitteena on, että potilas ja hoitaja etsivät yhdessä vastauksia pulmiin ja palveluiden järjestämiseen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 77, 80; Holmberg ym. 2008, 295.) Hoitajan tulee huomioida potilaan ilmaisemat mielipiteet, ajatukset sekä tunnetilat ja on tärkeää, että hoitaja ymmärtää tai haluaa ymmärtää, mitä potilas viestittää. Kaikki mitä potilas sanoo, on merkityksellistä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 20.)

Molemminpuolinen luottamus on yhteistyösuhteen läpivievä ja kantava elementti, joka perustuu kunnioitukseen ja turvallisuudentunteeseen (Kiviniemi ym. 2007, 105; Holmberg ym. 2008, 110). Luottamus syntyy vähitellen ja hyvän luottamussuhteen muodostuminen vie usein aikaa (Martin 1988, 11; Kiviniemi ym. 2007, 105). Saavuttaakseen potilaan luottamuksen, hoitajan tulee olla rehellinen, aito ja johdonmukainen (Martin 1988, 12). Keskusteltaessa potilaan kanssa hoitajan aito läsnäolo sekä kiinnostus potilasta kohtaan lisäävät luottamuksen syntyä (Stewart ym. 2015, 86). Potilaalla tulee olla tunne, että häntä oikeasti kuunnellaan ja että hänellä on mahdollisuus esittää omia ajatuksiaan (Kyngäs & Hentinen 2009, 167). Hoitosuhteessa syntyneen luottamuksen myötä monet potilaat pystyvät hyödyntämään luottamuksen kehittymistä myös muissa ihmissuhteissaan (Martin 1988, 12). Luottamuksen tunne sekä henkilökunnan läsnäolo lisäävät myös potilaiden turvallisuuden tunteen kokemusta (Tammentie-Sarén ym. 11).

Potilas on oman elämänsä ja tilanteensa asiantuntija, jolla tulee säilyä vastuu sekä päätösvalta omasta elämästään. Kaikilla potilailla on hoidossaan samat perusoikeudet ja mahdollisuudet, johon hoitohenkilökunta tuo oman tietonsa, taitonsa ja kokemuksensa hoitotyön asiantuntijuuden kautta. Potilaan tulee voida osallistua hoidon suunnitteluun mahdollisuuksiensa mukaan. Näin hänen itsemääräämisoikeutensa toteutuu paremmin, mikä edistää hyvää oloa ja terveyttä. Jos potilas kieltäytyy ehdotetusta hoidosta tai toimenpiteestä, pyritään se järjestämään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa jollakin muulla tavalla. (Kiviniemi ym. 2007, 35; Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 75; Holmberg ym. 2008, 110, 295.) Hoitohenkilökunnan myönteinen, kunnioittava, kannustava ja realistinen asenne voivat auttaa potilasta käsittelemään sairauttaan ja siihen kuuluvaa hoitoa (Kyngäs & Hentinen 2009, 167). Hoidon onnistumisen kannalta on myös tärkeää

uskoa, että potilaan on mahdollista kuntoutua omassa tahdissaan ja omalla tavallaan (ETENE 2010, 20).

Psykiatrisessa hoitotyössä potilaiden osallistuminen ja heidän näkökulmiensa huomioiminen on tärkeää (Sahlström, Partanen & Turunen 2012, 5). Potilaslähtöisemmällä työskentelytavalla voidaan lisätä hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta sekä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä (Kapanen & Leinonen, 7). On kuitenkin tärkeää, että hoitohenkilökunta osaa tunnistaa tilanteita, joissa ihmisellä on oikeus olla hoidettavana ja toisaalta työntekijöillä velvollisuus tehdä päätöksiä potilaan puolesta (Laitila & Pietilä 2012, 12). Jotta potilaan omatoimisuus ja itsehoito ovat mahdollisia, hoitohenkilökunnan tulee vahvistaa potilaan turvallisuuden tunnetta, luoda luottamusta, tukea potilasta ilmaisemaan asioitaan sekä suunnitella hoitoa yhdessä (Kyngäs & Hentinen 2009, 166). Hoitoon sitoutumista voidaan edistää myös antamalla potilaille päätöksenteon perustaksi riittävästi tietoa, aikaa sekä mahdollisuus kysymyksiin (Laitila 2010, 21; Pitkänen ym. 2012, 15).

Potilaita ei oteta tarpeeksi mukaan omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. On kuitenkin tärkeää, että potilaiden omia vaikutusmahdollisuuksia korostetaan. (Sahlström ym. 2012, 11.) Hoidossa on kyse potilaan prosessista, hänen hyvinvoinnistaan ja terveydestään, joita hoitohenkilökunta voi tukea eri tavoilla. Vaikka hoitoalan ammattilaisilla on valtavasti tietoa oman alansa sairauksista, heilläkään ei ole samaa asiantuntemusta potilaan elämästä kuin potilaalla itsellään. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44.)

3.3 Tiedonsaanti

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista korostaa potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeutta. Psykiatrisen potilaan tiedonsaannin turvaamisella tuetaan potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Potilailla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, sairaudestaan, oireistaan ja hoidostaan. Heillä on myös oikeus saada neuvontaa, selvittelyapua ja tukea. Potilaan tulee tulla kuulluksi ja hänen tulee voida ilmaista itsensä kannalta tärkeitä asioita ja ongelmatilanteita. Tiedon avulla potilas voi mahdollisuuksiensa mukaan tehdä itseään ja hoitoaan koskevia päätöksiä tai olla ainakin vaikuttamassa niihin. Hoitohenkilökunnan tulee antaa selvitys yleiskielellä, jotta potilas ja hänen lähei-

sensä ymmärtävät selvityksen sisällön. (Kyngäs & Hentinen 2009, 162, 166; Kuhanen ym. 2012, 78; Pitkänen ym. 2012, 14.)

Vieraskielisillä potilailla on oikeus tulkinpalveluun, jos vuorovaikutukseen ei löydetä yhteistä ymmärrettävää kieltä. Potilaalla ei myöskään ole velvollisuutta tietää terveydentilaansa koskevia tietoja eli hänellä on oikeus kieltäytyä ottamasta vastaan tietoja. Hoitohenkilökunta ei saa antaa potilaalle selvitystä, joka voi vaarantaa potilaan hengen tai terveydentilan. Ammattihenkilöstön tulee itse arvioida, minkälainen selvitys voi olla vaaraksi potilaalle. (Kuhanen ym. 2012, 78.) Potilas voi antaa pätevän suostumuksensa omaan hoitoon vain asianmukaisen tiedon perusteella. Pätevää suostumusta tulisi hakea aktiivisesti kaikissa olosuhteissa myös silloin, kun potilas on otettu vastoin omaa tahtoaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Lönnqvist ym. 2011, 5, 16.)

Tiedolla on todettu olevan myönteinen vaikutus psykiatristen potilaiden asenteisiin sairautta ja hoitoa kohtaan, hoitoon sitoutumiseen ja elämänlaatuun. Ajantasaista tietoa tulee olla riittävästi ja potilaalle ymmärrettävässä muodossa. Tietoa on syytä antaa eri tavoilla ja useaan kertaan. Lisäksi muutamalla kysymyksellä varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt annetun tiedon sekä annetaan mahdollisuus lisäkysymysten tekoon. Potilaat eroavat myös siinä, millaista tietoa ja minkä verran he haluavat sairautensa eri vaiheissa. Monet arvostavat kasvokkain saadun tiedon lisäksi strukturoidumpaa potilasopetusta, jossa hyödynnetään esimerkiksi kirjallisia potilasohjeita. Erityisesti vaikeisiin psykiatrisiin sairauksiin liittyy usein keskittymiseen ja muistiin liittyviä vaikeuksia, jolloin tiedon antaminen sekä suullisesti että kirjallisesti on tehokkaampaa. Hoitohenkilökunta voi tarpeen tullen keskustella läheisten kanssa, jos havaitaan, että potilaalla on vaikeuksia hallita tai ymmärtää annettua tietoa. Monet tilanteet ovat useille potilaille ensikertaisia ja ainutlaatuisia, joten mitään asiaa ei tule pitää itsestään selvänä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 144–145; Pitkänen ym. 2012, 15.)

3.4 Palvelujen toimivuus

Mielenterveyspalvelut painottuvat yhä enemmän perus- ja avohoitopalveluihin. Vaikka Suomessa mielenterveyspalvelujen käyttö on lisääntynyt, psykiatrisia sairaalapaikkoja on vähennetty radikaalisti. Tavoitteena on, että mielenterveysongelmista kärsivät ovat yhdenvertaisia palveluiden saamisessa. (Kuhanen ym. 2012, 45.) Mielenterveyspalvelut

ovat osa mielenterveystyötä, johon kuuluvat ohjaus, neuvonta, tarpeenmukainen ja kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014).

Psykiatrisessa hoitotyössä pyritään rakentamaan potilaalle täysipainoinen elämä psyykkisistä ongelmista huolimatta. Potilaan tulee kuitenkin ensin haluta hakea hoitoa ja parantua. Elämässä selviytymistä ja parantumista edistetään tuen, informaation, luotettavuuden ja ymmärtävyyden avulla. (Kyngäs & Hentinen 2009, 162.) Hoitotyön tehtävänä on kohottaa potilaan elämänlaatua ja maksimoida hänen voimavarojaan niin kauan kuin hän elää. Keskeisin tavoite on yksilön inhimillisten tarpeiden tyydyttäminen. Vaikeimmin taantuneiden pitkäaikaipotilaiden hoidossa korostuvat yksilölliset voimavarat huomioon ottava hoito-ote, selkeästi jaoteltu päiväohjelma, potilasturvallisuus ja laadukas elämä laitosisolosuhteissa. (Punkanen 2008, 28, 35.)

Hyvää hoitoympäristöä voidaan tarkastella potilaan kokemana palvelun laatuna, organisaatioiden toimintatapana ja hoidon sisältönä sekä henkilöstön ja johtamisen työmenetelmänä. Hoitoympäristön tehtävänä on tarjota turvallinen ja toipumista edistävä ilmapiiiri, jossa potilasta kunnioitetaan yksilönä ja hänet huomioidaan osana sosiaalista verkostoaan. Potilaan tilanteeseen pysähdytään aidosti kiinnostuneina ja tilannetta tarkastellaan laaja-alaisesti. Keskeistä on hoitohenkilökunnan ammattitaito, hoidon saumaton jatkuvuus sekä potilaan motivoiminen ja sitouttaminen hoitoon. (Holmberg ym. 2008, 101–102.)

Psykiatrisessa hoitotyössä korostuu erityisosaaminen, joka tulisi varmistaa myös hoito- ja palvelujärjestelmässä. Palvelujärjestelmän tulisi tarjota potilaille monipuoliset ja yksilölliset mahdollisuudet toipumiseen. Nykyinen palvelujärjestelmä on hajautunut, jossa eri toimijat eivät tiedä toistensa toiminnasta ja potilasta ohjataan luukulta toiselle. Huomiota tulisi kiinnittää koordinointiin, jotta välttyään tekemästä päällekkäistä työtä. Etenkin psyykkisesti sairaiden potilaiden kanssa tulisi pyrkiä pitkäkestoisiin, kokonaisuutta tukeviin potilassuhteisiin. (Holmberg ym. 2008, 103, 122.) Hoidon järjestelyt ja seuranta saattavat olla tärkeimpiä hoitoa edistäviä tekijöitä (Kyngäs & Hentinen 2009, 33). Palvelujärjestelmällä tulisi olla halu tuottaa laadukkaita, asiakkaiden tarpeita ja toiveita vastaavia palveluja (Laitila & Pietilä 2012, 9).

Psykiatrasta hoitoa, kuntoutusta ja muita palveluja toteutettaessa potilaan tulee olla ammattilaisten kanssa yhdenvertainen toimija ja tasavertainen kumppani. Toimintakäytäntöjä tulisi kehittää potilaan näkökulmasta. Vuoden 2011 Kansalaisbarometrin mukaan vain 5 % vastanneista arvioi, että mahdollisuus osallistua palvelujen kehittämiseen toteutuu hyvin tai melko hyvin. Lisäksi 25 % vastanneista koki, että palvelutarpeiden kartoitukseen ja palvelusuunnitelmien tekemiseen osallistuminen toteutui hyvin. Muutamissa Suomen sairaanhoitopiireissä on saatu hyviä kokemuksia esimerkiksi koulutettujen kokemusasiantuntijoiden, asiantuntijapotilaiden sekä vertaistoimijoiden kautta. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44–45.) Potilastyytyväisyys on tärkeä, mutta ei ainoa, mittari ilmaisemaan palvelujärjestelmän laatua. Potilastyytyväisyydestä voidaan kuitenkin päätellä, miten myönteisenä potilaat näkevät palvelujärjestelmän ja hoidon tulevaisuudessa. (Kuosmanen 2009, 22.)

3.5 Läheiset

Psykiatrisen potilaan ja hänen läheistensä terveyttä ei voida erottaa toisistaan. Ne muodostavat kokonaisuuden, jossa yksilön hyvinvoinnille on merkityksellistä se, miten hänen läheisensä voivat. Sairastuminen ja vointi vaikuttavat kaikkiin osapuoliin, heidän terveyteensä ja arkielämän sujumiseen. On tärkeää, että hoitohenkilökunta saa muodostettua mahdollisimman hyvän yhteistyösuhteen potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Kuhanen ym. 2012, 94.) Läheisellä tarkoitetaan henkilöä, jonka potilas määrittelee itselleen läheiseksi. Hoidossa saattaa olla mukana potilaan sukulaisia, ystäviä, naapureita tai esimerkiksi työtovereita. Vaikka läheisten tukea potilaan kuntoutumisessa pidetään hyvän hoidon ominaisuutena, potilaalla on myös oikeus kieltäytyä läheisten osallisuudesta hoitoonsa. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 154; Kuhanen ym. 2012, 94.)

Psykiatrisia potilaita tulisi hoitaa lähellä heidän perhettään ja näin tukea normaalia elämää (Soininen 2014, 4). Potilaan ei tulisi hoidosta huolimatta joutua tarpeettomasti eroon läheisistään, sillä tukea antavat ihmissuhteet, sosiaalinen aktiivisuus ja arkielämän taidot ovat psyykkisen hyvinvoinnin ja kuntoutumisen kannalta tärkeitä voimavaroja (Vuori-Kemilä ym. 2007, 25). Perhe nähdään potilaan taustalla vaikuttavana tekijänä, joten läheisten olisi hyvä kulkea mukana jo hoidon alkuvaiheessa. Hoidon kannalta on merkittävää, että läheiset huomioidaan potilaan tilan arvioinnissa sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa sekä toteutuksessa. On tärkeää saada läheisiltä tietoa potilaan histori-

asta ja oireista sekä kuulla heidän näkökulmansa potilaan tilanteesta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 75, 77, 123; Pitkänen 2010, 24.) Hyvässä hoitoympäristössä läheiset ovat luonnollinen osa hoitoprosessia, jossa hoitotyöntekijät ovat aktiivisia toimijoita (Holmberg ym. 2008, 114). Tiedon antaminen ja vastaanottaminen mahdollistavat luotamuksellisen yhteistyösuhteen läheisten kanssa (Vuori-Kemilä ym. 2007, 162).

Yhteistyö läheisten kanssa määräytyy paljolti potilaan oman valinnan ja hoitohenkilökunnan työskentelytavan perusteella. Hoitohenkilökunnan tulisi pyrkiä motivoimaan potilasta siihen, että hänen läheisiään kutsutaan mukaan yhteisiin tapaamisiin. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 154.) Läheisten vastuuta potilaan hoidosta ei kuitenkaan tule lisätä (ETENE 2010, 20). Motivoimisesta huolimatta potilas ei aina anna lupaa yhteistyön tekemiseen läheisten kanssa, jolloin läheinen jää, mahdollisesti tahtomattaan, potilaan hoidon ulkopuolelle (Vuori-Kemilä ym. 2007, 154). Se ei silti estä hoitohenkilökuntaa kuuntelemasta perhettä, vaikka potilaan asioista ei voikaan kertoa (Horppu 2008, 19).

Ihmisen sairastuessa psyykkisesti, hän jättää usein huolehtimatta itsestään ja sosiaalinen verkosto alkaa kaventua (Punkanen 2008, 36). Läheisten ottaminen mukaan hoitoprosessiin tukee kuitenkin potilaan muutosta ja edistää hänen toipumistaan sekä lisää hoitotyön laatua. Se on voimavara, jota tulisi osata hyödyntää. (Holmberg ym. 2008, 113–115.) Läheiset lisäävät potilaan kokemaa turvaa ja itsensä säilymisen tunnetta tuttuudellaan ja ymmärryksellä asioiden hoidosta. He myös ylläpitävät potilaan yhteyttä osaston ulkopuoliseen elämään. (Horppu 2008, 18.) Vaikka aina potilaan ja läheisten tapaamiset eivät ole hyvästä yrityksestä huolimatta mahdollisia, on tärkeää potilaan hoitamisen kannalta kuljettaa perhetyön ajatusta hoidossa mukana. Se antaa menneisyyden ja nykyhetken kautta ymmärrettävyyttä myös tulevaisuuteen. (Holmberg ym. 2008, 115.)

Omaisien sairastuminen vaikuttaa monella tavoin myös potilaan läheisten elämään. Heidän tarpeita pidetään tavallisesti toissijaisina sekä alisteisina potilaan tarpeille, ja hoitohenkilökunnan huomio kohdistuu pääasiallisesti apua tarvitsevaan. Tukea kaipaavat kuitenkin usein myös läheiset. Tavoitteena on auttaa läheisiä käsittelemään sairastumisen herättämiä tunteita sekä luomaan ja ylläpitämään toimivia selviytymiskeinoja. Tiedon antamista läheisille ei saa pelätä, sillä tavallisesti annetusta tiedosta poimitaan ne asiat, jotka sopivat omaan ajatteluun. Liian ahdistaviksi koetut tiedot torjutaan. Monesti läheiset esittävät kysymyksiä, joihin ei ole vastauksia, kuten paraneeko läheiseni ennal-

leen. Tällöin hoitohenkilökunnan tehtäväksi jää läheisten tuskan vastaanottaminen ja toivon ylläpitäminen. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 155, 161, 166.)

3.6 Psykiatrinen sairaalahoito

Psykiatriset sairaalat tukevat alueensa mielenterveystoimistojen ja terveyskeskusten työtä. Potilas on sairaalahoidossa vain sairauden tai kuntoutuksen vaativan välttämättömmän ajan. Tällä estetään laitostumista ja edistetään kuntoutumista. Se on myös taloudellisesti kannattavampaa, sillä ympärivuorokautinen laitoshoido on huomattavasti kalliimpaa yhteiskunnalle kuin avohoido. (Punkanen 2008, 27.) Sairaalahoidon vaarana on myös potilaan passivoituminen ja tilanteeseen jumiutuminen (Holmberg ym. 2008, 106). Hoitojakson kestosta riippumatta hoitoon kuuluu myös jatkohoidon järjestäminen, jossa mukana voi olla esimerkiksi kotihoidon tai poliklinikan työryhmä (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 58).

Psykiatrisessa sairaalassa toimii monta erilaista yksikköä. Hoitoyksiköt on jaettu akuutti- ja pitkäaikaisosastoihin. Akuuttiosastoilla hoidetaan aikuisväestöä, joiden mieli on äkillisesti häiriintynyt ja joille avohoidon palvelut eivät riitä. Yksilölliset hoitoajat vaihtelevat muutamista tunteista kuukausiin. Hoidon pitkittyessä potilas voidaan siirtää joko kuntoutusosastolle tai muuhun pitkäaikaissyksikköön. Pitkäaikaisosastoilla potilaat voivat iältään olla nuorista aikuisista vanhuksiin. Suurin osa potilaista on ollut joko yhtäjaksoisesti tai usein toistuvassa hoidossa vuosia vaikeiden oireiden vuoksi, jonka seurauksena monet heistä ovat laitostuneet ja heidän päivittäinen toimintakykynsä alentunut. Hoito-osastot ovat joko suljettuja osastoja tai avo-osastoja. Suljetulla osastolla ovet ovat lukossa, eikä sinne pääse sisään eikä ulos ilman henkilökuntaa tai lääkärin myöntämää vapaakävelyoikeutta. Avo-osastolla potilaat kuin vieraatkin voivat kulkea vapaasti. Pyrkimyksenä on kuitenkin, että potilaat sopivat hoitohenkilökunnan kanssa menoistaan ja noudattavat yhdessä tehtyjä selkeitä sopimuksia. (Punkanen 2008, 27, 28.)

Sairaalahoidossa potilasta tuetaan aktiivisesti osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Kulmakivinä hoidossa ovat sairauteen liittyvä neuvonta ja ohjaus sekä sairastumiseen liittyvien tunteiden ja ajatusten käsitteleminen. Potilaan toipumista tuetaan selkeillä päivä- ja viikko-ohjelmilla, johon kuuluvat myös päivittäistoimintojen tukeminen ja ohjaaminen. Selviytymistä pyritään tukemaan vuorovaikutuksella ja läs-

näololla sekä kannustetaan ylläpitämään sosiaalisia verkostoja. Potilaita tuetaan ja rohkaistaan myös vuorovaikutukseen osastoyhteisössä. Hoitoon kuuluvat myös sopimukset ja rajoitukset, joilla varmistetaan potilaiden turvallisuus. Näiden lisäksi potilaan sairaalahoitoon kuuluvat myös lääkehoidon toteutus ja seuranta sekä somaattisten sairauksien seuranta ja hoito. (Kuhanen ym. 2012, 182.)

Vaikka sairaalahoito on tärkeä osa-alue mielenterveyshoitotyötä, jokaisen potilaan kohdalla tulee arvioida osastohoidon todellinen tarve. Sairaaloita pyritään kehittämään viihtyisämmiksi, jotta hoitoa voitaisiin antaa vähemmän leimaavissa ja laitostavissa ympäristöissä. Mielenterveyslaki korostaa potilaan omatoimisuutta sekä itse hoitoon hakeutumista ja suurin osa psykiatrisesta sairaalahoidosta tapahtuukin vapaaehtoiselta pohjalta. Potilas tulee sairaalahoitoon aina läheteellä, jossa on arvioitu potilaan tarvitsevan oireidensa vuoksi psykiatrista sairaalahoitoa. Sairaalaan tulo on siis aina suunniteltua ja osa potilaan kokonaishoitoa. On kuitenkin huomioitava, että joillakin paikkakunnilla sairaalahoitoon voi hakeutua myös ilman lähetettä. Vaikka monelle potilaalle sairaalahoito on tärkeä osa hoitoketjua, se ei ole ensisijainen hoitomuoto vaan avohoidon mahdollisuutta tulee myös selvittää. (Kuhanen ym. 2012, 181.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvantitatiivinen menetelmä

Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä tietoa tarkastellaan numeerisesti eli tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään numeroiden avulla. Tutkimus pyrkii vastaamaan kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. (Vilkkä 2007, 14.) Keskeistä on aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset, aiemmat teoriat, käsitteiden määrittely, muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon sekä aineiston laatiminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140). Tavoitteena on laatia mahdollisimman objektiivinen tutkimus (Vilkkä 2007, 16). Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä käytetään aineiston keräämistapana tavallisimmin kyselylomaketta (Vilkkä 2015, 94).

Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ja vertailla eri asioiden välisiä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä kartoittaa nykytilannetta. Tulokset esitetään ja havainnollistetaan tilastollisesti taulukoiden ja kuvioiden avulla numeerisessa muodossa, mutta olennaiset numerotiedot selitetään ja tulkitaan sanallisesti. Tiedot voivat olla tutkijan itse tai muiden keräämiä tilastoja, tietokantoja tai rekistereitä. (Vilkkä 2007, 14; Heikkilä 2008, 16.) Tutkittavana kohteena, eli havaintoyksikkönä (havaintoyksiköiden lukumäärä = n), voi olla esimerkiksi ihminen, tuote, kuva tai teksti (Vilkkä 2015, 98–99).

Kvantitatiivinen tutkimus alkaa teorioista, joista muodostetaan mitattavat asiat. Tutkimuksen avulla rakennetaan, selitetään, uudistetaan, puretaan tai täsmennetään aiempia teorioita ja teoreettisia käsitteitä. Yksi tärkeimmistä vaiheista on muuttaa tutkittavaa asiaa koskevat teoreettiset käsitteet käytännön tasolle eli selvittää, miten käsitteitä pyritään mittaamaan. Vaihetta kutsutaan operationalisoinniksi ja se on edellytyksenä oikeaan ja osuvaan analyysiin ja tulkintaan. Kvantitatiivisessa tutkimusprosessissa edetään ensin teoriasta käytäntöön, esimerkiksi kyselyyn, jonka jälkeen palataan käytännöstä takaisin teoriaan analyysin, tulosten ja tulkinnan avulla. (Vilkkä 2007, 25–26, 36–37.)

Opinnäytetyössä tutkitaan valmiin aineiston pohjalta potilaan kokemusta hoidostaan aikuispsykiatrisella osastolla. Osastoilla käytössä ollut kyselylomake (kokemusmittari)

on puolistrukturoitu, jonka vuoksi menetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kokemusmittarin sisällön ovat laatineet yhteistyössä PSHP ja Tampereen kaupungin psykiatrian palvelut. Kokemusmittarissa on eri teemoja, joiden tulosten pohjalta saatiin tietoa, millaiseksi potilaat kokivat saamansa hoidon.

4.2 Aineiston keruu

Yhtenä tutkimusaineiston keruumenetelmänä voidaan käyttää kyselyä, jossa kysymykset on standardoitu eli kaikilta vastaajilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla (Vilkkä 2007, 28). Kyselymenetelmä on tehokas, koska sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto kysymällä monia asioita, useilta henkilöiltä. Se myös säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Kuten edellä mainittiin, mittauksen kohteena voi olla esimerkiksi henkilö ja häntä koskevat asiat, kuten mielipiteet, asenteet, ominaisuudet tai käyttäytyminen. Kyselyä voidaan käyttää myös hyvin henkilökohtaisten asioiden tutkimiseen, esimerkiksi terveystietäytyminen, ruokatottumukset tai ansiotulot, sillä vastaaja jää aina tuntemattomaksi. (Vilkkä 2007, 28; Vilkkä 2015, 94.) Kyselylomakkeessa käytetään yleensä kolmea eri kysymysmuotoa: asteikkoihin eli skaaloihin perustuvia kysymyksiä sekä avoimia ja monivalintakysymyksiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 198–200).

Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia ja tulosten tulkinta voi osoittautua ongelmalliseksi. Tutkimuksen aineistoa saatetaan pitää pinnallisena ja tutkimusta teoreettisesti vaatimattomana. Ei myöskään voida varmistua siitä, ovatko vastaajat vastanneet kyselyyn huolellisesti ja rehellisesti, onko vastausvaihtoehdot ymmärretty oikein, miten perehtyneitä vastaajat ovat kyselyn aiheesta tai millaiset valmiudet (tietoa ja taitoa) tutkijalla on ollut laatia hyvän kyselylomakkeen. (Hirsjärvi ym. 2015, 195.) Kyselylomakkeen vastausprosentti saattaa myös jäädä alhaiseksi, jolloin puhutaan tutkimusaineiston kadosta (Vilkkä 2015, 94).

Useimmat tutkijat keräävät oman havaintoaineistonsa itse, jolloin puhutaan primaariaineistosta. Tutkijalla on myös mahdollista saada käyttöönsä muiden keräämää aineistoa, josta käytetään nimitystä sekundaariaineisto. Tutkimusongelmiin voi saada vastauksen valmiin aineiston pohjalta, mutta on huomattava, että valmiit aineistot harvoin soveltuvat sellaisinaan käytettäviksi tutkimuksessa. Aineistoja tulee muokata esimerkiksi nu-

meeriseen muotoon. Valmiita aineistoja käytetään kuitenkin melko vähän, sillä muun muassa niiden työstämistä pidetään työläinä, tutkija saattaa haluta kokeilla jotain menetelmää itsenäisesti tai päättää keräämänsä aineiston sisällöstä. Mutta tutkimuksen tai esimerkiksi opinnäytetyön arvo ei nouse tai laske sen mukaan, miten aineisto on hankittu. (Hirsjärvi ym. 2015, 186, 189–190.)

Opinnäytetyön aineisto on työelämätahon toimesta kerätty valmiiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrisilta osastoilta 1.3.–31.12.2014 välisenä aikana. Tiedonantajina toimivat aikuispsykiatrian osastoilla hoidossa olleet potilaat, joiden henkilötietoja kokemusmittarin vastausten perusteella ei voida tunnistaa. Kokemusmittari sisältää kaksikymmentä strukturoitua kysymystä sekä kaksi avointa kysymystä. Työelämätaho on taulukoinut vastaukset Webropol-järjestelmään, joten analysoitava aineisto oli taulukkomuodossa. Opiskelija sai aineiston käyttöönsä, kun opinnäytetyön lupa oli myönnetty.

Kokemusmittarissa on viisi suurempaa teemaa, joihin oli jokaiseen eri vastausmäärät. Ensimmäisessä teemassa, kokemus hoidosta ja palvelusta, vastauksia oli yhteensä 3991 kappaletta. Toisessa teemassa, tiedonsaanti, vastauksia oli 874. Kolmannessa teemassa, palvelujen toimivuus, vastauksia oli 2192. Neljännessä teemassa, läheiset, vastauksia oli 864. Ja viidennessä teemassa, koko sairaalaa koskevat kysymykset, vastauksia oli 594. Jokaiseen teemakokonaisuuteen on laadittu väittämiä, joihin potilaat ovat vastanneet oman kokemuksensa mukaisesti. Kokemusmittarissa on kaksi avointa kysymystä, jotka ovat: 1. Missä meillä olisi mielestänne kehitettävää hoidon tai palvelun aikana? ja 2. Missä onnistuimme hoidon tai palvelun aikana mielestänne erityisen hyvin? Ensimmäiseen avoimeen kysymykseen oli tullut yhteensä 213 vastausta ja toiseen 232 vastausta.

4.3 Aineiston analysointi

Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on joko selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa asioita ja ominaisuuksia, jotka koskevat esimerkiksi ihmistä. Kvantitatiivisen analyysin perusmenetelmillä voidaan kuvata yhden ja kahden muuttujan välisiä suhteita. Valitun analyysimenetelmän tulee antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa eli tutkimusongelmaan ja -kysymyksiin tulee löytyä vastaus. Käytännössä kuitenkin sopiva

analyysimenetelmä löytyy usein vain kokeilemalla. Ideana on, että tieto on yleistettävissä ja että aineistoa käsitellään tilastollisesti. (Vilkkä 2007, 19–20, 118–119.)

Aineiston analyysi etenee vaiheittain ja pääsääntöisesti voidaan todeta, että analyysiin ryhdytään heti, kun aineisto on kerätty ja järjestetty. Analyysivaiheessa tutkija saa vastauksia tutkimusongelmiin tai hänelle selviää, miten ongelmat olisi oikeastaan pitänyt asettaa. (Hirsjärvi ym. 2015, 221, 223–224.) Analyysitapaan vaikuttaa se, ollaanko tutkimassa yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja muuttujien vaikutusta toisiinsa (Vilkkä 2007, 119). Jos tavoitteena on saada tietoa yhden muuttujan jakaumasta, käytetään sijaintilukuja. Sijaintiluvut kuuluvat tunnuslukuihin ja niillä kuvataan muuttujan keskimääräistä suuruutta. Tunnusluvuilla voidaan esittää numeraalista tietoa esimerkiksi organisaatioiden asiakkaiden mielipiteistä, tyytyväisyydestä tai asenteista. (Vilkkä 2007, 118–120.)

Sisällön erittely on tutkimustekniikka, jossa tiedot voidaan kerätä sanallisessa muodossa, sanallisina ilmaisuina tai määrällisessä muodossa, luokiteltuina tai tilastoituina. Sen avulla kommunikaation ilmisisältöä voidaan kuvata objektiivisesti, systemaattisesti ja määrällisesti. Toisin sanoen, sisällön erittelyllä tarkoitetaan aineiston analyysia, jossa esimerkiksi tekstin sisältöä kuvataan kvantitatiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 105–106.) Aineistosta lasketaan esimerkiksi, kuinka moni tutkittava ilmaisee saman asian. Kvantifioinnin nähdään tuovan laadullisen aineiston tulkintaan erilaista näkökulmaa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 120–121.)

Aineisto on analysoitu kvantitatiivista menetelmää käyttäen eli kuvailevin tilastollisin menetelmin ja tulokset esitetty numeerisesti taulukoina. Kokemusmittarin strukturoidut kysymykset käsittelevät seuraavia teemoja: kokemus hoidosta ja palvelusta, tiedonsaanti, palvelujen toimivuus, läheiset sekä koko sairaalaa koskevat kysymykset. Potilailla on ollut valittavanaan kuudesta eri vastausvaihtoehdosta yksi. Vastausvaihtoehdot ovat asteikon väliltä 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = osittain samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä. Valittavana on myös ollut Ei koske minua -vaihtoehto. Työelämätaho oli laatinut valmiiksi tuloksista taulukot, jotka opiskelija sai käyttöönsä. Taulukoista ilmeni kunkin teeman (esimerkiksi kokemus hoidosta ja palvelusta) yksittäisen kohdan (esimerkiksi saamani hoito oli hyvää) vastausvaihtoehtojen (1, 2, 3, 4, 5 ja Ei koske minua) vastausmäärä, esimerkiksi kokemus hoidosta ja palvelusta teeman kohta 1. saamani hoito oli hyvää, vastausvaihtoeht-

toon 5 = täysin samaa mieltä vastasi yhteensä 176 kaikista vastaajista. Tulokset käytiin yksitellen läpi ja niistä laskettiin vastausvaihtoehtojen 1, 2, 4 ja 5 prosentuaalinen osuus suhteessa teeman vastausten kokonaismäärään. Tämän lisäksi vastauksista laskettiin jokaisen teeman yksittäisen osion vastausvaihtoehtojen keskiarvo. Tuloksista laadittiin teemoittain Excel-taulukot, joista ilmenee keskimääräisesti potilaiden kokema tyytyväisyys kysymystä koskevaan aiheeseen. Tulokset on avattu sanallisesti ennen jokaista taulukkoa. Liitteessä 2 on taulukko havainnollistamaan edellä kuvattua prosessia.

Kokemusmittarin kahdesta avoimesta kysymyksestä muodostuivat teemat kehityskohteet ja vahvuudet. Avoimissa kysymyksissä on käytetty sisällön erittelyä, koska opinäytetyössä käytettiin kvantitatiivista menetelmää. Avointen kysymysten teemoina ovat Kehityskohteet ja Vahvuudet. Sisällön erittelyn mukaisesti tekstin sisältöä kuvataan kvantitatiivisesti eli sanallisesti kuvatusta aineistosta tuotettiin määrällisiä tuloksia. Toisin sanoen avoimet kysymykset kvantifioitiin. Avointen kysymysten vastaukset käytiin yksitellen läpi, vastauksista laskettiin samojen vastausten esiintymistiheys sekä huomioitiin sanojen ja sanontojen väliset yhteydet, jonka seurauksena alkuperäisilmauksista muodostettiin luokkia (esimerkiksi ammattitaito). Vastauksista laadittiin Excel-taulukot (Kehityskohteet ja Vahvuudet), johon merkittiin jokaisen luokan vastausten yhteismäärä (vastausten yhteismäärä = n). Lopuksi laskettiin jokaisen luokan (esimerkiksi ammattitaito) vastausten prosentuaalinen osuus kokonaisteeman (esimerkiksi Vahvuudet) vastausmääristä. Tuloksista laadittiin piirakkakuviot, jotka kertovat, miten monta prosenttia kaikista vastaajista oli vastannut samoin. Tulokset avattiin myös sanallisesti sekä havainnollistamiseksi lisättiin muutamia sitaatteja, esimerkiksi ammattitaitoa vahvuutena oli kuvattu monin eri tavoin. Alkuperäisilmausten luokittelusta määrällisiin luokkiin on seuraavalla sivulla esimerkkitaulukko (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki laadullisen aineiston luokittelusta määrällisiin luokkiin

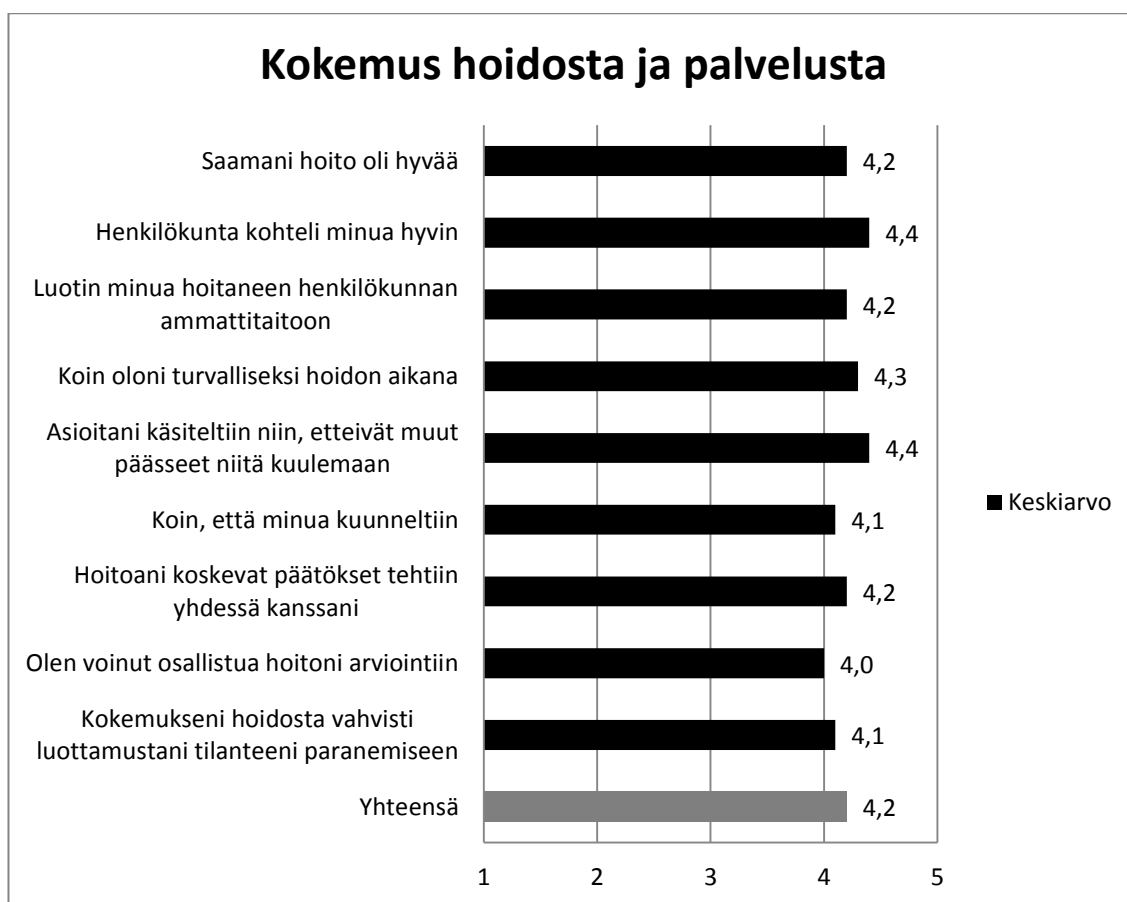
ALKUPERÄINEN ILMAISU	LUOKKA
"Hoitajat oli huippuhyviä."	Ammattitaito
"Henkilökunta oli motivoitunutta ja ystävällistä."	
"Henkilökunta oli mukavaa ja ymmärtäväistä."	
"Sain tarvittavat tiedot lääkkeistä."	Tiedonsaanti
"Tajuamaan henkisen terveyden ja psykoottisuuden eron."	
"Riittävässä tiedon saannissa. Koin, että olin tietoinen, missä oman hoitoni/kuntoni osalta mentiin."	
"Yksikön tilat mukavat ja avarat."	Ympäristö
"Ulkoilumaastot ovat erittäin hyvät, koska sairaalarakennukset ovat puiston sisällä."	
"Kaunis ympäristö oli erittäin tärkeä asia."	

5 TULOKSET

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) aikuispsykiatrisilta osastoilta 1.3.–31.12.2014 kerätystä kokemusmittareista ilmeni potilaiden keskimääräinen tyytyväisyys hoito- ja palvelukokemuksesta. PSHP oli asettanut tavoitteeksi, että kokemusmittarin 4-5 vastausten osuus olisi yli 90 % ja 1-2 vastausten osuus alle 1 %. Tavoitteeseen ei psykiatrian toimialueella päästy.

5.1 Kokemus hoidosta ja palvelusta

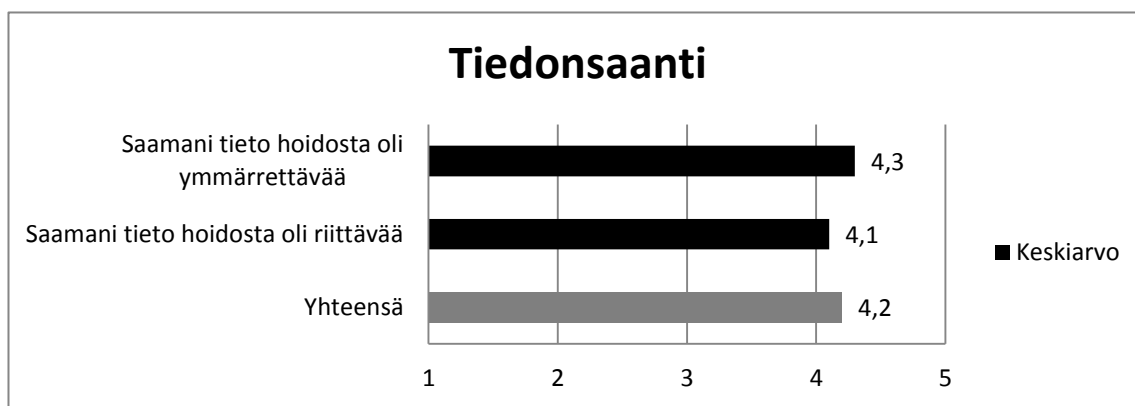
Kokemusmittarin ensimmäinen teema käsittää potilaiden kokemuksia hoidosta ja palvelusta (n=3991), jonka kokonaiskeskiarvo oli 4,2 (kuva 1). Potilaista 83 % oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja palveluun, joko täysin tai osittain. Potilaista 53 % oli tyytyväisiä henkilökunnan kohteluun (ka = 4,4) sekä 56 % yksityisyyden säilymiseen (ka = 4,4). Potilaista 51 % koki olonsa hoitajaksolla turvallisiksi (ka = 4,3), 47 % luotti hoitohenkilökunnan ammattitaitoon (ka = 4,2) ja 49 % koki, että hoitopäätökset tehtiin yhdessä heidän kanssaan (ka = 4,2). Potilaista 44 % mukaan hoitokokemus vahvisti luottamusta tilanteen paranemiseen (ka = 4,1). Potilaista 43 % oli sitä mieltä, että heitä kuunneltiin (ka = 4,1). Vähiten tyytyväisiä oltiin mahdollisuudesta osallistua oman hoidon arviointiin (ka = 4,0). Potilaista 39 % kuitenkin koki, että ovat voineet osallistua hoitonsa arviointiin, 32 % mukaan osittain ja 20 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Kokemus hoidosta ja palvelusta teeman 4-5 vastausten osuus oli 80 % ja 1-2 vastausten 6 %. (Liite 2)



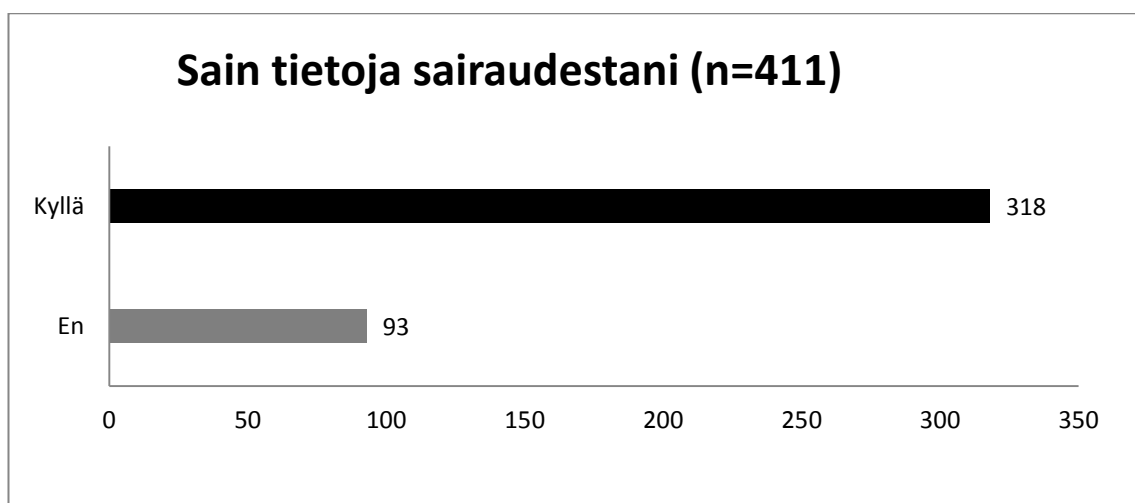
KUVIO 1. Kokemus hoidosta ja palvelusta. (1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = osittain samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

5.2 Tiedonsaanti

Kokemusmittarin toinen teema käsittelee tiedonsaantia (kuvio 2), johon potilaat olivat tyytyväisiä (n=874). Kokonaiskeskiarvo oli 4,2. Potilaista 47 % mukaan tieto hoidosta oli ymmärrettävää (ka = 4,3) sekä 41 % mielestä riittävää (ka = 4,1). Potilaat saivat tietoa sairaudestaan (n=318) (kuvio 3), tutkimuksista ja niiden tuloksista (n=287) (kuvio 4) sekä lääkkeistään ja niiden vaikutuksesta (n=298) (kuvio 5). Tiedonsaanti teeman 4-5 vastausten osuus oli 81 % ja 1-2 vastausten 5 %. (Liite 3)



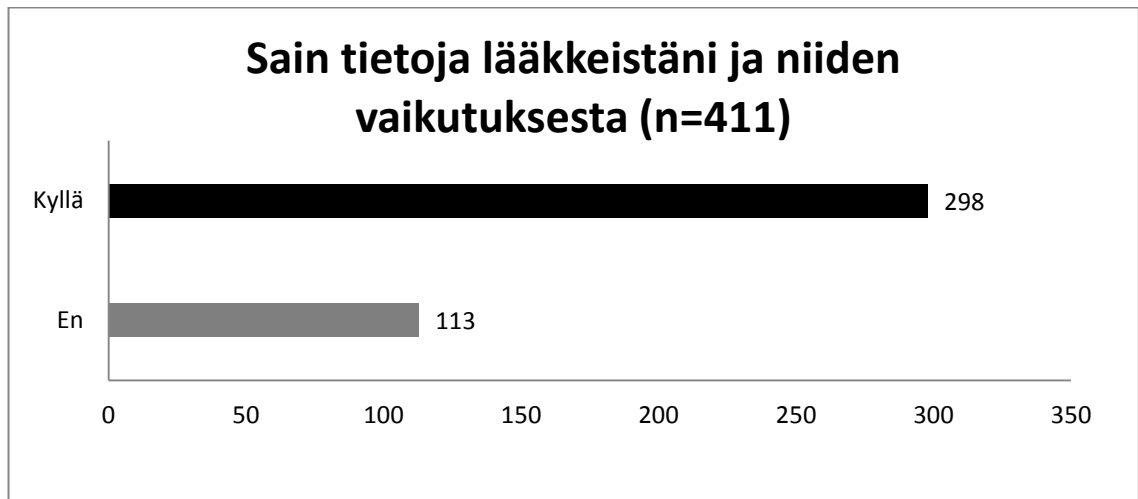
KUVIO 2. Tiedonsaanti. (1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = osittain samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)



KUVIO 3. Sain tietoja sairaudestani



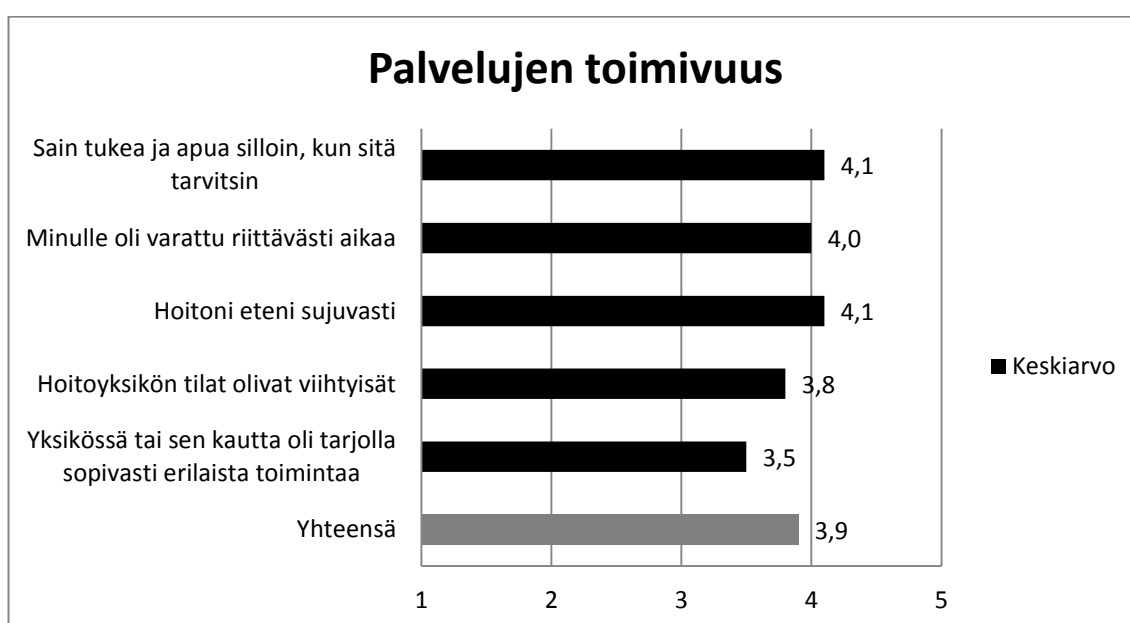
KUVIO 4. Sain tietoja tutkimuksistani ja niiden tuloksista



KUVIO 5. Sain tietoja lääkkeistäni ja niiden vaikutuksesta

5.3 Palvelujen toimivuus

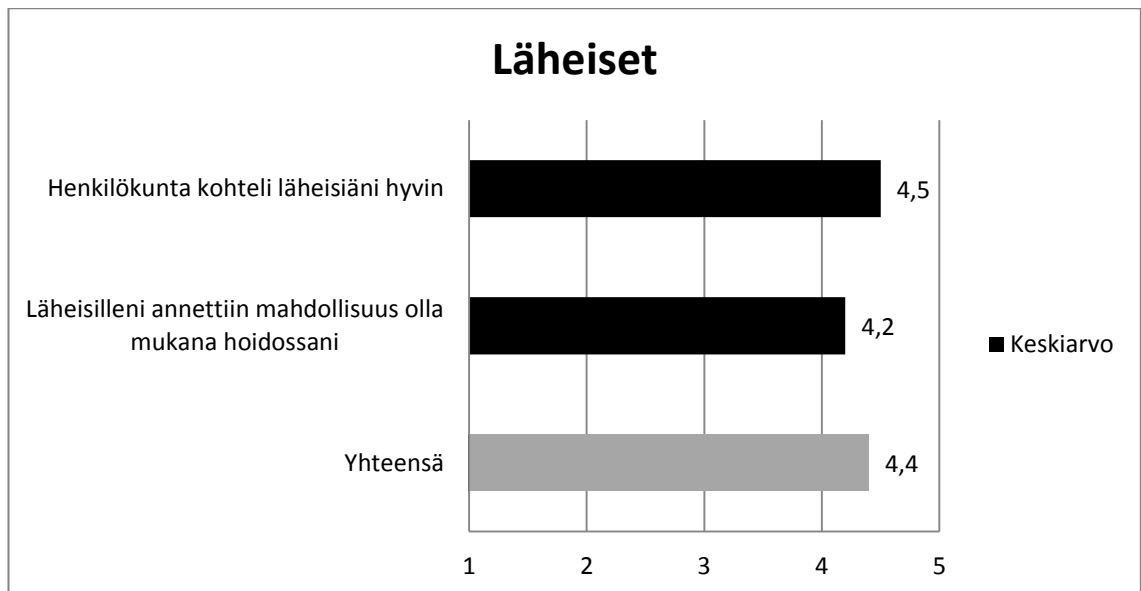
Aikuispsykiatrian potilaat eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä siitä, toteutuiko palvelujen toimivuus osastohoidon aikana (n=2192), kokonaiskeskiarvo oli 3,9 (kuvio 6). Potilaista 38 % koki hoitonsa etenevän sujuvasti (ka = 4,1) ja 41 % saavansa tukea silloin, kun sitä tarvitsi (ka = 4,1). Potilaista 34 % mukaan heille oli varattu riittävästi aikaa (ka = 4,0). Potilaista 32 % koki hoitotilat viihtyisäksi (ka = 3,8) ja 24 % mielestä yksikössä tai sen kautta oli tarjolla sopivasti erilaista toimintaa (ka = 3,5). Palvelujen toimivuus teeman 4-5 vastausten osuus oli 70 % ja 1-2 vastausten 10 %. (Liite 4)



KUVIO 6. Palvelujen toimivuus. (1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = osittain samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

5.4 Läheiset

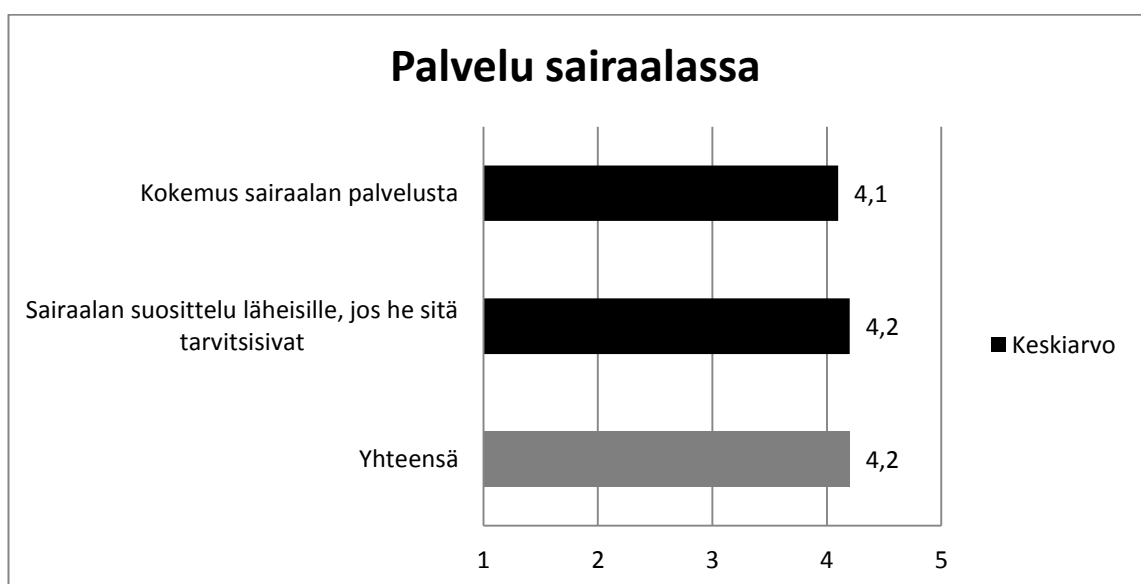
Parhaimman keskiarvon kaikista teemoista sai läheisten huomiointi potilaan sairaalahoidon aikana (n=864), kokonaiskeskiarvo oli 4,4 (kuvio 7). Potilaista 65 % koki, että heidän läheisiään kohdeltiin hyvin (ka = 4,5) ja 54 % mukaan heille annettiin mahdollisuus olla mukana hoidossa (ka = 4,2). Läheiset teeman 4-5 vastausten osuus oli 84 % ja 1-2 vastausten 5 %. (Liite 5)



KUVIO 7. Läheiset. (1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = osittain samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

5.5 Palvelu sairaalassa

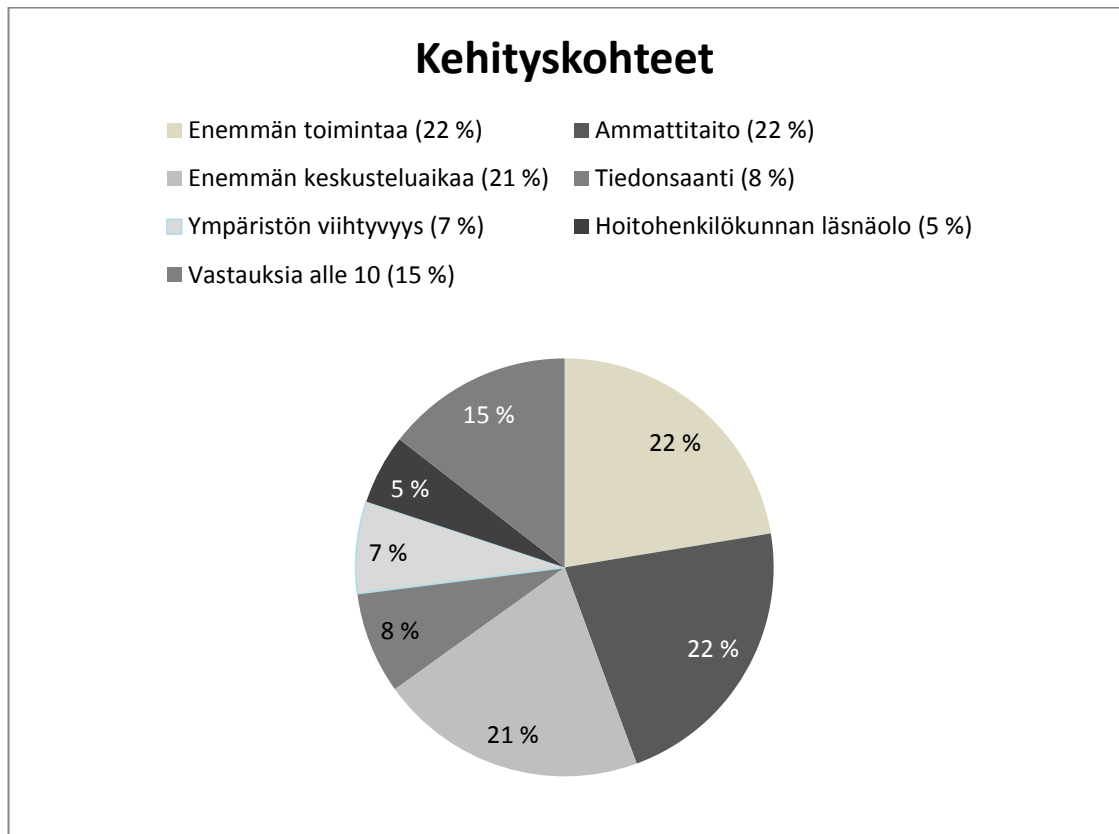
Potilaat olivat kokonaisuudessaan tyytyväisiä sairaalassa saamaansa palveluun (n=594), keskiarvo oli 4,2 (kuvio 8). Potilaista 30 % koki palvelun erittäin hyväksi ja 54 % hyväksi (ka = 4,1). Potilaista 52 % suosittelee sairaalaa tarvittaessa läheisilleen (ka = 4,2). Palvelu sairaalassa teeman 4-5 vastausten osuus oli 82 % ja 1-2 vastausten 5 %. (Liite 6)



KUVIO 8. Palvelu sairaalassa. (1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = osittain samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

5.5.1 Kehityskohteet

Kokemusmittarin ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä potilaat saivat ilmaista mielipiteensä mahdollisista kehityskohteista hoidon tai palvelun aikana (n=241) (kuvio 9). (Liite 7)



KUVIO 9. Kehityskohteet

Potilaista 22 % olisi kaivannut hoitojaksolla enemmän toimintaa, kuten yhteispelejä, saunomista, liikuntamahdollisuuksia ja ulkoilua (n=54). Joidenkin mielestä aika kävi osastolla pitkäksi ja potilaat olisivat halunneet lisää lukemista, askartelua sekä muita virikkeitä.

”Enemmän toimintaa osastolla, aika tuli pitkäksi.”

”Joku yhteispelejä olisi kova, käsijalkapallo.”

”Aamujumppa, liikunta ja kävely mahdollisuus joka päivälle.”

Potilaista 22 % koki, että hoitajien ammattitaidoissa olisi parantamista (n=53). Kohtelun tulisi olla tasa-arvoisempaa sekä inhimillisempää ja hoitajien tulisi olla empaattisempia. Potilaat kaipaavat myös luottamuksen osoittamista heitä kohtaan. Osa potilaista koki hoitohenkilökunnan olevan tyytymättömiä sekä ylimielisiä ja kohtelun olevan ala-arvoista. Potilaat toivoivat myös, että heidän tilanteeseensa paneuduttaisiin paremmin ja että he voisivat osallistua omaan hoitoonsa.

”Potilaille puhutaan kuin lapsille.”

”Hoitoalalle tulisi hakeutua enemmän ymmärtäväisempiä henkilöitä ja empaattisempia myös.”

”Muistakaa että me olemme aivan tavallisia ihmisiä...”

Potilaista 21 % olisi halunnut enemmän keskusteluaikaa hoitohenkilökunnan kanssa (n=50). He toivoivat yksilökeskusteluja, yleistä vuorovaikutusta sekä kuulluksi tulemistä. Yleinen voimien ja kuulumisten kysely olisi monen mielestä ollut jo riittävää, mutta enemmän keskusteluaikaa toivottiin myös omahoitajalta ja lääkäriltä.

”Omahoitajan kanssa voisi olla enemmän keskusteluja. Sairaudesta voitaisiin puhua enemmän.”

”Potilaiden kanssa voisi olla enemmän päivystä ja kuunnella mitä heidän päiväänsä kuuluu?”

”...mutta olisin kaivannut enemmän keskustelua tilanteestani, koska on niin paljon ongelmia ja asioita selvitettävänä.”

Tiedonsaantia tulisi 8 % mukaan potilaista kehittää (n=19). Tietoa kaivattiin lisää niin sairaudesta, lääkkeistä, hoitosuunnitelmasta, oman tilanteen etenemisestä kuin osaston toiminnasta ja käytännöistä. Tiedottomuus etenkin sairaudesta, lääkkeiden vaikutuksista sekä hoidon etenemisestä lisäsi potilaiden pelkoa ja turvattomuuden tunnetta.

”Tullessa ehkä enemmän infoa mitä täällä tapahtuu. 2 ensimmäistä päivää olin ihan hukassa osaston toiminnasta ja odotin enemmän tietoa.”

”Potilaille lisää infoa omasta tilanteen etenemisestä.”

”Olisin halunnut enemmän tietoa fyysisestä tilastani (EKG, verikokeet) sekä minulle uusista lääkkeistä.”

Potilaista 7 % mukaan hoitoyksikön tilojen viihtyvyyttä voitaisiin parantaa, kuten ruokailu-, suihku- ja vierailutilojen (n=17). Muun muassa kaappitilaa tulisi olla enemmän ja keskusteluhuoneiden rauhallisempia. Osa potilaista mainitsi myös kylmyydestä niin huoneissa kuin suihkutiloissa.

”Potilaille pitäisi saada kaappeja lisää. Olin 4-hengen huoneessa, jossa oli potilaille vain 3 kaappia.”

”Rauhalliset keskusteluhuoneet.”

”Opasteet, valaistus, kaikuvat tilat.”

Potilaista 5 % olisi toivonut hoitohenkilökunnan olevan enemmän läsnä potilaiden kanssa (n=13). Potilaat toivoivat, että hoitajat viettäisivät enemmän aikaa heidän kanssaan, olisivat päiväsalissa eivätkä muun muassa istuisivat niin paljon kansliassa. Läsnäolo lisäisi myös potilaiden turvallisuuden tunnetta osastolla.

”TV-huoneessa olisi hyvä, jos siellä olisi hoitaja koko päivän.”

”Hoitajia voisi olla edes yksi kuuntelemassa/tarkkailemassa yleisissä tiloissa potilaiden toimintaa.”

”...hoitajat voisivat olla enemmän läsnä potilaiden kanssa, he viihtyvät kovasti omassa akvaariossa...”

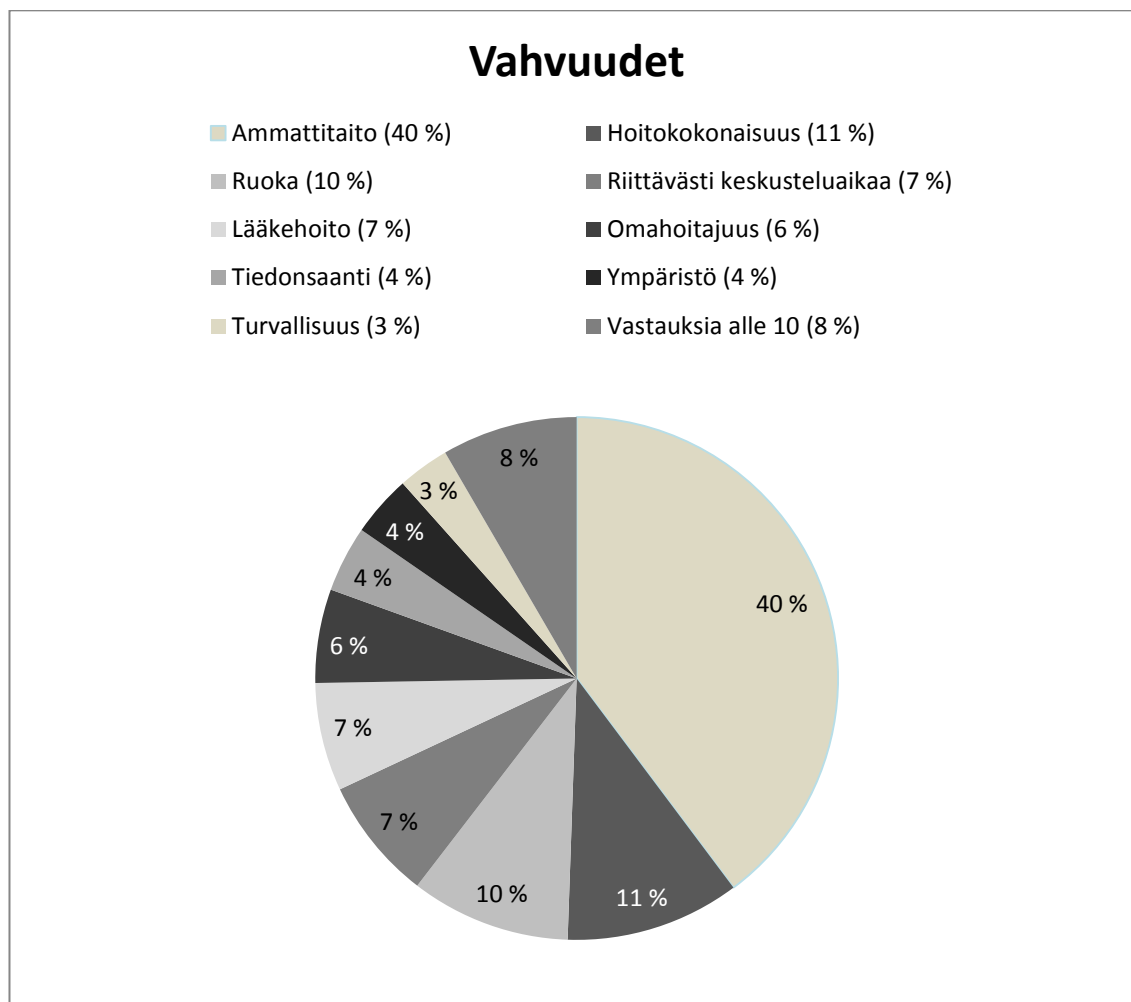
Kaikista vastauksista 15 % oli yksittäisiä tai muutaman potilaan mielipiteitä kehittämis-kohteista (n=35). Parannuksia toivottiin potilaiden (n=2) ja hoitajien (n=1) vaatetukseen, hoitoaikojen pituuteen (n=2), pakkohoitoon (n=2), henkilökunnan työvuoroihin, vaihtelevuuteen ja määrään (n=6) sekä yksityisyyden (n=6) ja turvallisuuden (n=1) huomiointiin. Toiveena oli myös saada enemmän omaa aikaa (n=1). Laitoshuoltajat olivat kolmen potilaan mielestä tympeitä (n=3). Ruokailuun pyydettiin saada lisää aikaa (n=2), ruokailuvälit haluttiin lyhyemmiksi (n=3) ja ruoka-annoksia suuremmiksi (n=1). Yhden mielestä osastolla oli liikaa toimintaa (n=1). Hoitoneuvottelut toivottiin pidettävän aiemmin (n=1), kiusaamistilanteisiin puututtavan (n=2) ja ettei psykiatrille ja lääkärille laitettaisi päällekkäisiä aikoja (n=1).

”Hoitajille pitäisi saada käytännöllisemmät työasut...”

”Hoitajia pitäisi olla enemmän potilasmäärään nähden. Nyt hoitajilla oli liian kiire. Toiset potilaat joutuivat odottelemaan hoitajia.”

5.5.2 Vahvuudet

Toisessa avoimessa kysymyksessä potilaat kertoivat, missä onnistuttiin erityisen hyvin hoidon tai palvelun aikana (n=344) (kuvio 10). (Liite 8)



KUVIO 10. Vahvuudet

Potilaista 40 % kiitti hoitohenkilökuntaa hyvästä ammattitaidosta (n=137). Heidän mukaansa hoitajat olivat ystävällisiä, sympaattisia ja ymmärtäväisiä, joista huokui rauhallisuus, lämpö sekä myötätunto. Välittäminen ja auttamishalu oli aitoa, kohtelu inhimillistä ja kunnioittavaa. Potilaita arvostettiin. Hoitajia oli helppo lähestyä ja he olivat aina valmiita kuuntelemaan potilasta. Hoitajia kiiteltiin myös hyvästä huumorintajusta sekä työhön omistautumisesta. Hoitajat olivat kannustavia sekä motivoivia ja heihin pystyi luottamaan. Potilaiden mukaan asiantuntijuus, tieto ja taito, on vahvasti näkyvissä hoitohenkilökunnasta.

”Kuuntelemisessa, myötätunnossa, välittäminen tuntui aidolta.”

”Osasitte hoitaa meitä, kohdella ammattimaisesti ja eettisesti.”

”Antamaan toivoa jatkoon suhteen.”

Potilaista 11 % koki hoitokokonaisuuden hyväksi (n=37). Potilaat eivät juuri avanneet vastaustaan tarkemmin vaan kiittelivät hyvästä hoidosta kokonaisuudessaan.

”Kokonaisuus on hyvä. Kiitos.”

”Kaikki meni nappiin vaikka oli kovaa työtä.”

”Minua tuettiin päihteettömyyteen, motivaation ja toipumisen suhteen, hoito oli kokonaisuudessaan hyvä, kiitos.”

Ruoka miellytti 10 % vastanneista potilaista (n=34). Ruoka oli hyvää, ravitsevaa, maukasta, terveellistä ja monipuolista. Useammalle potilaalle hyvä ruoka oli osastohoidon aikana merkityksellistä. Myös ruoan tarjoilussa onnistuttiin.

”...hyvä ruoka, maukas & ravitseva – tulee hyvänolon tunne.”

”Ruoka oli hyvää, se oli todella tärkeää.”

Potilaista 7 % kiitteli saamastaan keskusteluajasta (n=26). Potilaiden mukaan keskustelu-aikaa oli riittävästi ja he kokivat, että hoitajan kanssa sai aina halutessaan puhua. Hoito-henkilökunta kuunteli potilaiden huolia sekä mielipiteitä. He tukivat potilasta sekä antoivat ohjeita ja neuvoja. Keskustelutilanteet olivat rauhallisia ja potilaat kokivat ne hyvin tärkeiksi.

”Hoitajien kanssa keskustellessa oppi näkemään hieman valoa tunnelin päässä. Suuret kiitokset!”

”Kohtaamiset rauhassa onnistumisiin asti.”

”...kuuntelitte minua ja kokemuksia, mielipiteitäni, yms. Annoitte keskustelussa vastinetta ja haastoittekin vähän, oikealla sopivan painostavalla tavalla.”

Potilaista 7 % oli mielissään onnistuneesta lääkehoidosta (n=23). Lääkehoito oli ollut turvallista ja potilaat olivat saaneet apua muun muassa univaikeuksiin ja ahdistukseen.

He olivat kiitollisia, kun olivat saaneet tarvittaessa lisälääkitystä. Myös uuden lääkeyksikön aloitus koettiin hyödylliseksi ja siihen oltiin tyytyväisiä.

”Lääkevieroitushoidossa.”

”Lääkityksen aloittaminen ja sen eteneminen oli turvallisesti suunniteltu.”

”Jokin saamani lääke on helpottanut minua, ettei nyt ole pakko kävellä koko ajan.”

Potilaista 6 % kiitti onnistuneesta omahoitajuudesta (n=20). Omahoitajilla oli potilaille riittävästi aikaa, he olivat kannustavia ja auttavaisia.

”Omahoitajani kannustus ja tsemppaus.”

”Omahoitajan aikaa oli riittävästi.”

Potilaista 4 % kertoi tiedonsaannin onnistuneen mainittavan hyvin (n=14) ja ympäristön olevan viihtyisä (n=13). Potilaat olivat saaneet tietoa muun muassa tilanteestaan, lääkeyksiksestään sekä sairaudestaan. Sairaala-aluetta ja tiloja kehitettiin viihtyisiksi ja toimiviksi. 3 % mukaan osastohoidon aikana onnistuttiin myös hyvin luomaan turvallinen ilmapiiri (n=11). Potilaat kokivat joko olonsa tai ympäristönsä olevan turvallinen. Ympäristön turvallisuuteen vaikutti muun muassa järjestyksen ylläpitäminen ja sisäiseen turvan tunteeseen hoitohenkilökunnan tuki.

”Sain tietoa sairaudestani. Opin miten voin välttää sairauttani pahentavia asioita. Sain enemmän luottamusta että paranen.”

”Ja osasto todella viihtyisä, siisti! Sairaalan ulkoympäristö mahtava. Ihana maisemat. Kaunista!!!”

”Antamaan turvallisen ympäristön siirtyä kenttäelämästä korvaushoitoon.”

Kaikista vastauksista 8 % oli yksittäisiä tai muutaman potilaan kokemuksia siitä, missä osastohoidon aikana onnistuttiin erityisen hyvin (n=29). Osastohoidon aikana osattiin yksityisyys (n=2) ottaa hyvin huomioon niin itse kohtaamisten kuin tilojen osalta. Eri-laista toimintaa (n=8), ryhmätoimintaa ja vertaistukea (n=10) oli riittävästi. Kiitosta saivat myös terapia (n=1), psykologiset testit (n=1) sekä päivärytmi (n=6). Henkilökunnan määrä (n=1) mainittiin myös kertaalleen hyvien kokemusten joukossa.

”Sain kiinni oikeasta vuorokausi rytmistä.”

”...ohjelmisto virkisti kovin myönteisesti.”

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). Tutkija vastaa omassa tutkimuksessaan tekemistään valinnoista ja niihin liittyvistä perusteluista. Tutkimuksen kysymystenasettelun ja tavoitteiden, aineiston keräämisen ja käsittelyn, tulosten esittämisen ja arvioinnin sekä aineiston säilytyksen ei tule loukata tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa. (Vilkkä 2007, 90.) Tutkimuksessa tulee noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Väärentäminen ja plagiointi ovat tyypillisiä esimerkkejä tutkimuseettisistä väärinkäytöksistä (Kuula 2011, 29.)

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja kuvaa tutkimuksen luotettavuutta. Reliaabelius osoittaa tutkimustulosten tarkkuuden ja sen, etteivät tulokset ole sattumanvaraisia. Esimerkiksi, jos kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tulosta pitää reliaabelina. Välttyäkseen virheiltä, tutkijan tulee olla kriittinen ja tarkka tietoja kerätessä, syötettäessä ja käsiteltäessä sekä tuloksia tulkittaessa. (Heikkilä 2008, 29; Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Toinen tutkimuksen luotettavuutta arvioiva käsite on validius (pätevyys), joka tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Tutkijalla tulee olla täsmälliset tavoitteet tutkimukselleen, ettei tutkita vääriä asioita. Jotta mittaustulokset ovat luotettavia, muuttujien ja mitattavien käsitteiden tulee olla tarkoin määriteltyjä. (Heikkilä 2008, 30; Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Tutkijan on onnistuttava operationalisoimaan teoreettiset käsitteet arkikielen tasolle (Vilkkä 2007, 150).

Tulosten tulkinta vaatii tutkijalta kykyä punnita vastauksia ja saattaa niitä myös teoreettisen tarkastelun tasolle. Tutkijan tulee kertoa, millä perusteella hän esittää tulkintoja ja mihin hän päätelmänsä perustaa. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Tutkimusselosteita voidaan rikastuttaa esimerkiksi suorilla haastatteluotteilla, mutta tutkimustekstejä ei saa kirjoittaa niin, että yksittäiset tutkittavat olisivat niistä tunnistet-

tavissa. Jokaisen tutkijan velvollisuus on noudattaa tietosuojalainsäädäntöä. (Hirsjärvi ym. 2009, 26, 233; Kuula 2011, 64.) Tuloksia kokonaisvaltaisesti pohtiessaan, tutkijan olisi harkittava useampia tulkintoja ja mietittävä mittaako tutkimus sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Pätevässä mittauksessa tulkinnat ovat osa pätevyyden pohdintaa. Tutkimuksessa tulisi pyrkiä vastaamaan kysymykseen, mitkä ovat olennaiset vastaukset tutkimuksen ongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 230.)

Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta voidaan parantaa seuraavilla asioilla: tutkimusongelmat määritellään selkeästi ja täsmällisesti, valitaan analyysimenetelmä, jolla on mahdollista saada merkittävää tietoa tutkittavasta asiasta, mitattavat asiat määritellään yksiselitteisesti ja täsmällisesti, kysymykset ovat sisällöllisesti mahdollisimman konkreettisia, tietojen syöttö tehdään huolellisesti ja tarkistetaan ennen tallentamista, tutkimusprosessi toteutetaan huolellisesti ja rehellisesti. Toisilta saadut kommentit ovat myös tärkeitä, kun halutaan lisätä tutkimuksen kokonaisluotettavuutta. Kriittistä arviointia ja keskustelua kannattaa käydä tutkimusaiheen valinnasta, tutkimusongelman muotoutumisesta, teorian ja teoreettisten käsitteiden operationalisoinnista sekä tutkimuksen tuloksista ja tulkinnasta. (Vilkkä 2007, 152–153.) Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Tämän opinnäytetyön aineiston luotettavuutta ei pystytä arvioimaan, koska opinnäytetyön tekijä ei ole osallistunut mittarin laadintaan eikä aineiston keruuseen. Kokemusmittarin sisällön ovat laatineet yhteistyössä PSHP sekä Tampereen kaupungin psykiatrian palvelut ja se on ollut vuoden 2013 lokakuusta alkaen käytössä Pitkänien sairaalan akuuttipsykiatrian yksiköissä ja 1.3.2014 alkaen kaikilla aikuispsykiatrian osastoilla. Aineisto saatiin valmiina Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Tutkimusongelmat laadittiin valmiin kokemusmittarin pohjalta ja analyysimenetelmä valittiin yhteistyössä työelämätahon kanssa. Tutkimusmenetelmäksi valittiin ensin sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen menetelmä, mutta työn edetessä ja hahmottuessa paremmin päädyttiin yhdessä ohjaavan opettajan ja työelämäohjaajan kanssa noudattamaan vain kvantitatiivista tutkimusmenetelmää.

Opinnäytetyöprosessin aikana on pyritty toimimaan tunnollisesti, hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla sekä noudattamaan rehellisyyttä. Opinnäytetyölupa myönnettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä ja eettistä ennakkoarviointia pohdittiin työelä-

mäpalaverissa. Opinnäytetyö työstettiin yksin, joten huolellisuudesta huolimatta, tällä on epäedullinen vaikutus työn luotettavuuteen. Opiskelijan kokemattomuus kvantitatiivisen opinnäytetyön tekijänä heikentää osaltaan myös opinnäytetyön luotettavuutta. Opiskelija on kuitenkin koko opinnäytetyöprosessin ajan ollut aktiivisesti yhteydessä ohjaavaan opettajaan sekä työelämäohjaajaan ja lähettänyt opinnäytetyön heille nähtäväksi vaiheittain sekä huomioinut heidän palautteensa ja parannusehdotuksensa työssä.

Opinnäytetyössä käytetty menetelmä sekä tulokset on raportoitu eettiset periaatteet huomioiden vaiheittain, loogisesti, huolellisesti ja totuudenmukaisesti. Vastauksia kvantifioidessa käytettiin aikaa ja noudatettiin äärimmäistä tarkkaavaisuutta sekä tuloksia tarkasteltiin ja pohdittiin yksityiskohtaisesti. Tuloksia laskettiin useita kertoja, jotta saatiin mahdollisimman virheetön ja luotettava yhteenveto. Analyysissa on pyritty puolueettomuuteen ja omien kokemusten ei ole annettu vaikuttaa lopputulokseen. Tuloksia ei ole valehdeltu eikä kaunisteltu vaan ne pohjautuvat aiempaan tutkittuun tietoon ja teoriaan. Opinnäytetyön aineiston analysointi on raportoitu vaihe vaiheelta, jolloin lukijalla on mahdollisuus ymmärtää, kuinka analyysi on edennyt työssä. Opinnäytetyössä käytetävästä aineistosta ei käy ilmi henkilöiden tunnistukseen johtavia tietoja, joten se on eettiset vaatimukset täyttävä. Tämän opinnäytetyön aineisto oli koko prosessin ajan ainoastaan opiskelijan hallussa ja ulkopuolisten saavuttamattomissa. Opinnäytetyöprosessin päätyttyä aineisto hävitetään asianmukaisella tavalla.

Tutkimukseen tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). Tutkijalta edellytetään aitoa kiinnostusta tutkimukseen ja uuden tiedon hankkiminen tutkimuskohteesta katsotaan tutkimus eettisesti perustelluksi motivaation lähteeksi (Kuula 2011, 30). Kirjallisuuden valinnassa tarvitaan harkintaa, niin sanottua lähdekritiikkiä. Kriittisyyteen on pyrittävä sekä lähteitä valitessa että niitä tulkitessa. Tavoitteena on pyrkiä käyttämään tuoreita lähteitä, koska aiemman tiedon katsotaan kumuloituvan uuteen tutkimustietoon, ja esimerkiksi terveydenalalla tutkimustieto muuttuu nopeasti. Toisaalta pitäisi käyttää alkuperäisiä lähteitä. Nimittäin alkuperäisiin tutkimuksiin tutustuminen osoittaa usein sen, miten tieto on saattanut suurestikin lainaus- ja tulkintaketjussa muuttua. (Hirsjärvi ym. 2009, 113.)

Tieteessä on asianmukaisella tavalla viitattava kaikkiin käytettyihin lähteisiin (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). Viittaaminen osoittaa kirjoittajan aiheeseen perehtymi-

sestä ja lukeneisuudesta. Lisäksi viittaustiedot auttavat lukijaa löytämään tarvittaessa alkuperäislähteet. Viittaukset tehdään, vaikka lähteenä olisivat esimerkiksi julkaisemat-
tomat tutkimusaineistot. (Kuula 2011, 69.) Internetistä poimitun luotettavan aineiston
viitetieto sisältää tekijän nimen, julkaisupäivämäärän, teoksen, julkaisun tai tekstin ni-
men, julkaisijan (esimerkiksi organisaatio tai tutkimuslaitos) sekä tiedon, mihin tarkoi-
tukseen teksti, julkaisu tai teos on tehty (kurssi, opintokokonaisuus tms.) (Vilka 2007,
98).

Työelämäpalaverissa syksyllä 2014 muodostettiin kokemusmittarin pohjalta opinnäyte-
työn teoreettiset käsitteet, johon työn teoreettinen pohja rakentui. Tiedonhaku suoritet-
tiin pääasiallisesti syksyllä 2015 ja käytössä oli MEDIC, ALEKSI, ARTO ja CINAHL -
tietokannat. Hakusanoina toimivat psychiatric, patient, experience, mental health, hospi-
tal, psykiatria, potilas, potilastyytyväisyys, kokemus, mielenterveys, mielenterveyshoi-
totyö, tiedonsaanti ja läheiset. Tiedonhaunkriteerejä olivat koko lähdetekstin saatavuus,
tiedon ajantasaisuus (rajaus vuosiin 2005–2015) sekä tutkimuksen tuli olla joko pro
gradu -tutkielma, väitöskirja tai tieteellinen artikkeli ja suomen- tai englanninkielinen.
Työssä hyödynnettiin myös työelämätaholta saatuja lähteitä, jotka olivat väitöskirjoja,
sekä aiheeseen liittyviä kirjoja ja luotettavia lähdesivustoja: Terveiden ja hyvinvoinnin
laitos (THL), Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETE-
NE), Mielenterveyden keskusliitto, Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), Sosiaa-
li- ja terveysministeriön julkaisuja (STM). Tämän lisäksi opinnäytetyöprosessin ajan
yhteyttä pidettiin säännöllisesti ohjaavaan opettajaan ja työelämäohjaajaan ja hyödyn-
nettiin heidän asiantuntemustaan sekä heiltä saatuja parannusehdotuksia.

Opinnäytetyön tiedonhakua suoritettaessa pyrittiin käyttämään hyvää lähdekritiikkiä.
Tietoa ja tutkimuksia haettiin ja löydettiin paljon, niitä vertailtiin keskenään ja sisältöä
arvioitiin. Tavoitteena oli hyödyntää ensisijaisesti tuoreita ja alkuperäisiä lähteitä, pää-
sääntöisesti lähteet olivat vuosilta 2005–2015. Internetjulkaisuista tuli ilmetä kirjoittaja,
teos ja julkaisupäivämäärä. Myös muutamia kansainvälisiä tutkimuksia hyödynnettiin,
vaikka niiden käyttö oli vähäisempää. Suomennettaessa apua pyydettiin terveysalalla
työskenneltäviltä ystäviltä, jotta mahdollisilta virheiltä ja tulkintaeroilta vältyttiin. Suo-
ria lainauksia ei muokattu vaan ne merkittiin tarkasti. Työelämätaho antoi opiskelijalle
myös muutamia hyödyllisiä lähteitä, jotka olivat väitöskirjoja. Koska tekijöitä opinnäy-
tetyössä oli yksi, tiedonhausta tuli laatia selkeä suunnitelma ja aikataulus, jotta työ-
määrä ei kasvaisi yhdelle ihmiselle liian suureksi. Toisesta silmäparista olisi ollut hyö-

tyä niin työn kuormittavuuden kannalta kuin lähteiden sisältöä arvioitaessa. Tämän lisäksi täytyy ottaa myös huomioon, että joitain lähteitä on käytetty kattavammin ja useammin, joka heikentää osittain työn kokonaisluotettavuutta. Opinnäytetyössä ei kuitenkaan ole kopioitu toisten tekstiä vaan jokaiseen käytettyyn lähteeseen löytyy asianmukainen viittaustieto.

Opinnäytetyön kokonaisluotettavuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon, että prosessi työstiin yhden opiskelijan toimesta. Tiedonhakuun, analyysiin ja tulosten näkökulmiin ja muihin havaintoihin sekä tulkintoihin olisi saatu monipuolisuutta ja syvyyttä esimerkiksi parityöskentelyn kautta. Raportointi tehtiin kuitenkin totuudenmukaisesti vääristämättä sen sisältöä. Saadakseen opinnäytetyöhön erilaisia näkökulmia, opiskelija pyrki olemaan aktiivisesti yhteydessä ohjaavaan opettajaan ja työelämäohjaajaan ja huomioimaan heidän antamansa palautteensa sekä näkemyksensä. Opponentin hyödyntäminen jäi vähäisemmäksi, sillä opponoiija vaihtui kesken prosessin.

6.2 Tulosten tarkastelu

Osallisuus on positiivista ja lisää potilaan itseluottamusta sekä vahvistaa positiivista mielenterveyttä (Laitila 2010, 8). Potilaan osallisuuden kokemuksen vahvistamista tarvitaan potilaan omassa hoidossa. Siihen liittyvät riittävä tuki, yhteinen päätöksenteko, potilaan valinnan mahdollisuus sekä potilaan mielipiteiden arvostaminen. (Laitila 2010, 9; Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 35.) Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että aikuispsykiatrian osastolla hoidossa olleet potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja palveluun. 9 % potilaista koki, että hoidon arvioitiin osallistuminen voisi toteutua paremmin.

Opinnäytetyön tulosten mukaan osa potilaista myös koki, että heitä ei kuunneltu riittävästi eikä heidän kokemus hoidostaan vahvistanut luottamusta tilanteen paranemisesta. Nopparin, Kiiltomäen ja Pesosen (2007) mukaan toipumisen kannalta on oleellista, että potilasta kuullaan, hän tulee kuulluksi ja häntä pyritään ymmärtämään hänen näkökulmastaan (Noppari ym. 2007, 35). Kuunteleminen edellyttää potilaan tilanteeseen ja asiaan paneutumista. Ammattilaisen on pyrittävä ymmärtämään asiakkaan käsityksiä ja hänen näkökantojaan asioista. Jotta voidaan vahvistaa potilaan kokemusta ja toivoa tilanteen paranemisesta, on tärkeää löytää ja tunnistaa hänen voimavaransa. Toivoa para-

nemisestä ei synny, jos etsitään vain potilaan ongelmia. Potilaan kertoessa tilanteestaan, hän alkaa samalla kertoa myös itsestään. Kertomuksesta ammattilaisen tulee havaita ongelmat, mutta myös voimavarat, joihin tarttua. Keskustelun painopiste on voimavaroissa eikä niinkään ongelmissa. (Kiviniemi ym. 2014, 89–90, 109.)

Tiedonsaannilla on merkitystä ihmisen hyvinvoinnin kokemukselle. Sillä on positiiviset vaikutukset potilaan kykyyn ymmärtää paremmin omaa sairauttaan ja sen luonnetta. (Hätönen 2005, 7.) Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että suurin osa aikuispsykiatrian osaston potilaista koki tiedonsaannin hyväksi osastohoidon aikana. Kuitenkin hieman yli 7 % potilaista oli sitä mieltä, että tiedonsaanti ei ollut riittävää. Etenkin sairaudesta olisi kaivattu enemmän tietoa, mutta myös lääkityksestä, jatkohoidosta, omasta tilanteesta ja sen etenemisestä tietojen saanti koettiin puutteelliseksi. Hätösen (2005) tekemän tutkimuksen mukaan tiedon antaminen on itsemääräämisen yksi perusedellytys. Sairastuminen ei vie ihmisen oikeutta inhimilliseen kohteluun, joten myös sekavassa mielentilassa oleva potilas on oikeutettu saamaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Potilaan on tiedettävä riittävästi omasta sairaudestaan ja sen hoidosta kyetäkseen osallistumaan aktiivisesti hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tiedonsaannilla on siis myös positiiviset vaikutukset potilaan asennoitumiseen ja sitoutumiseen omaan hoitoonsa. Mielenterveysongelmista kärsivät tarvitsevat tietoa ja tukea myös elintapoihin liittyen. (Hätönen 2005, 7, 11.)

Toiminnan parantavaan vaikutukseen uskottiin jo mielenterveystyön historiassa. Toimintaa pidettiin arvokkaana ja merkityksellisenä, jolla vaikutettiin terveyteen teettämällä potilailla tuottavaa työtä tai järjestämällä muuta mielekästä toimintaa. Toiminnaksi mielletään kaikenlainen tekeminen, kuten päivittäiset toimet, työ, vapaa-ajan toiminta ja lepo. (Kiviniemi ym. 2014, 92.) Tässä opinnäytetyössä palvelujen toimivuuden teeman tuloksista ilmeni, että yli 20 % aikuispsykiatrian osastojen potilaista oli sitä mieltä, että erilaista toimintaa ei ollut riittävästi tarjolla. Myös avoimissa kysymyksissä suurimmaksi kehittämiskohteeksi nousi toiminnan vähäisyys. Monet kaipasivat enemmän tekemistä, mutta eivät kuitenkaan avanneet vastaustaan, minkälaisesta tekemisestä he olisivat kiinnostuneita. Tosin jotkut mainitsivat kiinnostuksen kohteeksi liikunnan, käsityöt, ulkoilun, lukemisen, television katselun tai lautapelit.

Mielenterveystyössä ja etenkin osastohoidon aikana on tärkeää huomioida, että toiminta on olennainen osa ihmisyyttä. Toiminnan kautta ihminen kehittää käsitystään todelli-

suudesta ja toisaalta tuottaa todellisuutta. Toiminta tarjoaa keinoja tunteiden ilmaisemiseen ja tutkimiseen. Toiminnot myös motivoivat, antavat energiaa, ovat tuottavia ja niillä on sosiaalinen merkitys. Ihmisellä on sisäinen tarve olla aktiivinen ja toimiva ja toimintaa tarvitaan esimerkiksi arjessa selviytymiseen. Mielenterveystyössä työskentelevien tulisi huomioida, että toiminnalla voidaan rohkaista potilasta aktiivisuuteen ja aloitteellisuuteen sekä auttaa häntä löytämään myönteisiä voimavarojaan ja mahdollisuuksiaan. (Kiviniemi ym. 2014, 93–95.)

Läheisen ihmisen sairastuminen koskettaa koko perhettä, sukulaisia ja sosiaalisia verkostoja. Läheisten tuki vaikuttaa merkittävästi siihen, miten potilas sopeutuu sairauden aiheuttamaan elämänmuutostilanteeseen ja selviytyy siinä. Potilaat usein odottavat, että läheisille annetaan mahdollisuus olla sairaalassa heidän lähellään ja mukana erilaisissa ohjaus- ja neuvontatilanteissa. Läheiset taas haluavat useimmiten olla potilaan vierellä sairaalassa ja tietoisina siitä, mitä hoidossa tapahtuu ja millä tavoin he voivat osallistua hoitoon sairaalassa. (Mattila 2011, 22–23, 25–26.) Opinnäytetyön tulosten mukaan 7 % potilaista koki, että heidän läheisilleen ei tarjottu mahdollisuutta olla mukana hoidossa. Prosentuaalisesti määrä vaikuttaa vähäiseltä, mutta läheisten mukaan ottamisella hoitoon on myönteisiä vaikutuksia potilaan toipumiseen. Mattilan mukaan (2011, 28) läheisille on tärkeää, että he saavat mahdollisuuden esittää kysymyksiä ja että heidän oma jaksamisensa ja selviytymisensä huomioidaan potilaan sairaalahoidon aikana. Hyvä ensikohtaaminen, tiedonanto sekä osallistumisen mahdollisuus potilaan ohjaus- ja neuvontatilanteeseen lisäävät läheisten luottamusta hoitajia sekä hoitoa kohtaan.

Mielenterveystyön tavoitteena on potilaan oman asiantuntijuuden arvostaminen ja itsearvostuksen tukeminen. Hoitosuhdetyöskentely on ammatillista kumppanuutta, kahden yhdenvertaisen ihmisen suhde, johon liittyy kuuntelu ja kertominen. Potilaalle on tärkeää päästä puhumaan itselle mielekkäistä ja tärkeistä asioista nähdäkseen uusia mahdollisuuksia. Keskustelun kanssa käsi kädessä kulkee hoitohenkilökunnan ammattitaito, oli kyse omahoitajasuhteesta, lääkärikäynnistä tai mistä tahansa vuorovaikutellisesta kanssakäymisestä. Mielenterveysongelmista toipuva tarvitsee todellista läsnäoloa selviytyäkseen senhetkisestä elämänvaiheestaan. Työntekijän täytyy siis työssään osata pysähtyä potilaiden tilanteiden ja ongelmien äärelle. Potilaalle tulee osata antaa voimaa ja tukea tosiasioiden vastaanottamiseen ja asioiden uudelleenjärjestämiseen. Ammattitaitoa on myös kyetä kohtaamaan joskus hyvinkin ahdistavia asioita. Mitä paremmin työntekijä tuntee itsensä, sitä paremmin hän pystyy toimimaan tilanteiden vaatimalla

tavalla. (Pesonen 2006, 58; Noppari ym. 2007, 141.) Keskustelun mahdollisuus työntekijän kanssa sairaalahoidon aikana oli opinnäytetyön tulosten mukaan keskeinen, myönteinen tulos. Potilaan kokemus keskustelun mahdollisuudesta vaikuttaa kokemusmittarin kaikkiin teemoihin, niin kokemukseen palvelusta ja hoidosta, tiedonsaantiin, palvelujen toimivuuteen, läheisten huomiointiin kuin tyytyväisyyteen koko sairaalaa kohtaan.

Dialogisessa, kertomuksellisessa yhteistyössä valta ja vastuu jaetaan molempien, sekä työntekijän että asiakkaan kesken. Asiakkaan kertomus määrittää yhteiseksi kohteeksi, ja molemmilla on mahdollisuus puhua omasta näkökulmastaan. Työntekijä ja asiakas yhdessä löytävät asiakkaan kertomuksesta voimavaroja, joita asiakas voi käyttää hyödykseen tilanteensa ratkaisemisessa. (Kiviniemi ym. 2014, 84.)

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Kehittääkseen palveluitaan ja toimintaansa kokonaisvaltaisesti, potilaan näkökulmasta, sairaalan olisi hyvä hyödyntää kokemusasiantuntijoita. Kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten yhteistyön kautta voitaisiin saada uudenlaista näkemystä ja ymmärrystä esimerkiksi palveluiden toimivuudesta niiden käyttäjän näkökulmasta. Jatkossa olisi hyvä selvittää, hyödyntävätkö sairaalat kokemusasiantuntijoita kehittäessään palveluitaan. Yhdistämällä ammatillista ja kokemuksen kautta tullutta tietoa, päästäisiin tarkoituksenmukaisempaan ja toimivampaan palvelukokonaisuuteen.

LÄHTEET

- Falk, H., Kurki, M., Rissanen, P., Kankaanpää, S. & Sinkkonen, N. 2013. Kuntoutujusta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 39/2013. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Luettu 6.1.2016.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1
- Fredriksson, S. & Pelanteri, S. 2014. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2012. Tilastoraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. 5/2014. Luettu 16.12.2014.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114909/Tr05_14.pdf?sequence=4
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Hietala, O. & Rissanen, P. 2015. Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kokemusasiantuntija – hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palveluiden kehittäjäksi. Kuntoutussäätiö & Mielenterveyden keskusliitto. Helsinki: Unigrafia Oy. Luettu 6.1.2016. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2015/03/Kokemusasiantuntija-opas.pdf>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Luettu 29.9.2015.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79732/gradu03148.pdf?sequence=1>
- Hätönen, H. 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalahoidossa – Mielenterveyspotilaan näkökulma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu -tutkielma. Luettu 29.9.2015. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/92467/gradu00443.pdf?sequence=1>
- Kapanen, H. & Leinonen, A. n.d. Mielenterveyden keskusliitto. Kokemuserviointi Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueen akuutti-psykiatrian osasto APS7. Hoitoon ohjautuminen, hoito ja avohoitoon siirtyminen. Luettu 3.10.2015.
<http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/08/Kokemuserviointi-Tays-APS7.pdf>
- Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlahti, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. 2. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys – uhka vai mahdollisuus?. Tutkiva Hoitotyö 2/2013, Vol.11.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2012. Mielenterveys-hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuosmanen, L. 2009. Personal liberty in psychiatric care – Towards service user involvement. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Luettu 29.9.2015.
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43990/AnnalesD841Kuosmanen.pdf>

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Boowell Oy.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. 1. painos. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit oy.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Luettu 3.10.2010. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf

Laitila, M. & Pietilä A-M. 2012. Asiakkaan osallisuus mielenterveyspalveluissa. Kuul-luksi tulemistä ja inhimillistä kohtaamista. ePooki 9/2012. Luettu 18.9.2015.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49933/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveyspalveluissa.pdf?sequence=1

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. 5. uudistettu painos. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2007. Psykiatria. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2011. 9. uudistettu painos. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Martin, P. 1988. Psychiatric Nursing. A therapeutic approach. Great Britain: Antony Rowe Ltd.

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. Luettu 29.9.2015. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1>

Meronen, M-L. & Pylkkänen, K. 2005. Asiakastyytyväisyys mielenterveyspalveluissa – YTHS:n asiakastyytyväisyystutkimus. Suomen Lääkärilehti 30-32/2005 vsk 60, 3035-3039. Luettu 18.9.2015.

<http://www.laakarilehti.fi.elib.tamk.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/asiakastyytyvaisyys-mielenterveyspalveluissa-yths-n-asiakastyytyvaisyystutkimus/>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Partanen, A., Moring, J., Bergman, V., Karjalainen, J., Kesänen, M., Markkula, J., Marttunen, M., Mustalampi, S., Nordling, E., Partonen, T., Santalahti, P., Solin, P., Tuulos, T. & Wuorio, S. (toim.). 2015. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 - Miten tästä eteenpäin?. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Työpaperi 20/2015. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Luettu 6.1.2016. [fi-
le:///C:/Users/astuli/Downloads/URN_ISBN_978-952-302-538-7%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/astuli/Downloads/URN_ISBN_978-952-302-538-7%20(1).pdf)

Pesonen, A. 2006. Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Linsensiaatintutkimus. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Pitkänen, A. 2010. Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Luettu 29.9.2015. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/65127/AnnalesD931Pitkanen.pdf?sequence=1>

Pitkänen, A., Mäki, K., Salminen, A-S. & Kaunonen, M. 2012. Kirjalliset ohjeet mielenterveyspotilaan tiedonsaannin tukena. Tutkiva Hoitotyö 4/2012, Vol. 10.

Punkanen, T. 2008. Mielenterveystyö ammattina. 2.-5. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sahlström, M., Partanen, P. & Turunen, H. 2012. Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen. Tutkiva Hoitotyö 4/2012, Vol. 10.

Soininen, P. 2014. Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Luettu 29.9.2015. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/94318/AnnalesD1102Soininen.pdf?sequence=2>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma – Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 – Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 24:2012. Luettu 29.9.2015. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Mielenterveyspalvelut. Luettu 16.12.2014. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut

Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., Marsh-Picksley, S., Massey, E., O'Sullivan, J., Qureshi, M., Wright, S. & Bowers, L. 2015. Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing* (2015) 24, 82-90.

Tammentie-Sarén, T., Salhoja, A., Rajala-Koenkytö, H., Rytönen, S., Nordling, N., Ihalainen, M., Kanerva, M., Mutila, L. & Åstedt, H. n.d. Mielenterveyspotilaan ympäristö. Luettu 29.9.2015.

<http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=37989&GUID=%7B195D0E13-BF2D-48E9-90F2-01159E81D635%7D>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 10.1.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 16.12.2014.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2010. Mielenterveysetiikka - sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. ETENE-julkaisuja 25, 2010. Luettu 29.9.2015. <http://etene.fi/documents/1429646/1559066/ETENE-julkaisuja+25+Mielenterveysetiikka+-+Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf/90f79932-aa31-4399-807f-5c2ee36d106d>

<http://etene.fi/documents/1429646/1559066/ETENE-julkaisuja+25+Mielenterveysetiikka+-+Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf/90f79932-aa31-4399-807f-5c2ee36d106d>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

LIITTEET

Liite 1. Kokemusmittari

1 (1)



Henkilökunta täyttää					
Pvm:					
Toimipiste:					
Lähetä:	M1			B1	
Diagnoosi:	F00- F03	F20- F29	F30- F39	F60- F69	Muu

PALAUTE

Pyydämme teitä arvioimaan viimeisintä hoito- ja palvelukokemustanne. Vastauksenne auttavat meitä kehittämään toimintaamme.

Vastausvaihtoehdot: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = osittain samaa mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä, E = ei koske minua.

Kokemus hoidosta ja palvelusta						Ei koske minua
1. Saamani hoito oli hyvää	5	4	3	2	1	E
2. Henkilökunta kohteli minua hyvin	5	4	3	2	1	E
3. Luotin minua hoitaneen henkilökunnan ammattitaitoon	5	4	3	2	1	E
4. Koin oloni turvalliseksi hoidon aikana	5	4	3	2	1	E
5. Asioitani käsiteltiin niin, etteivät muut päässeet niitä kuulemaan	5	4	3	2	1	E
6. Koin, että minua kuunneltiin	5	4	3	2	1	E
7. Hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani	5	4	3	2	1	E
8. Olen voinut osallistua hoitoni arviointiin	5	4	3	2	1	E
9. Kokemukseni hoidosta vahvisti luottamustani tilanteeni paranemiseen	5	4	3	2	1	E
Tiedonsaanti						Ei koske minua
10. Saamani tieto hoidosta oli ymmärrettävää	5	4	3	2	1	E
11. Saamani tieto hoidosta oli riittävää	5	4	3	2	1	E
• Sain tietoja sairaudestani	Kyllä			En		
• Sain tietoja tutkimuksista ja niiden tuloksista	Kyllä			En		
• Sain tietoja lääkkeitäni ja niiden vaikutuksesta	Kyllä			En		

Lomake jatkuu kääntöpuolella

Lomakkeen sisällön suunnittelu yhteistyössä: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja Tampereen kaupungin psykiatrian palvelut
Lomakkeen hallinnointi: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Asiakaspalvelun vastuualue

Palvelujen toimivuus						Ei koske minua
12. Sain tukea ja apua silloin, kun sitä tarvitsin	5	4	3	2	1	E
13. Minulle oli varattu riittävästi aikaa	5	4	3	2	1	E
14. Hoitoni eteni sujuvasti	5	4	3	2	1	E
15. Hoitoyksikön tilat olivat viihtyisät	5	4	3	2	1	E
16. Yksikössä tai sen kautta oli tarjolla sopivasti erilaista toimintaa	5	4	3	2	1	E

Läheiset						Ei koske minua
17. Henkilökunta kohteli läheisiäni hyvin	5	4	3	2	1	E
18. Läheisilleni annettiin mahdollisuus olla mukana hoidossani	5	4	3	2	1	E

Koko sairaalaa koskevat kysymykset

19.	Millaiseksi koitte palvelun sairaalassa? Vastausvaihtoehdot: 5 = erittäin hyväksi, 4 = hyväksi, 3 = en hyväksi enkä huonoksi, 2 = huonoksi, 1 = erittäin huonoksi	5	4	3	2	1	
20.	Suosittelisitko tätä sairaalaa läheisillenne, jos he sitä tarvitsisivat? Vastausvaihtoehdot: 5 = kyllä, 4 = ehkä, 3 = en osaa sanoa, 2 = ehkä en, 1 = en	5	4	3	2	1	

21. Missä meillä olisi mielestänne kehitettävää hoidon tai palvelun aikana?

22. Missä onnistuimme hoidon tai palvelun aikana mielestänne erityisen hyvin?

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

Oikaa hyvä ja palauttakaa täytetty lomake suljetussa kirjekuoressa hoitajalle tai asiakaspalautelaatikkoon.

Lomakkeen suunnittelu yhteistyössä: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja Tampereen kaupungin psykiatrian palvelut
Lomakkeen hallinnointi: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Asiakaspalvelun vastuualue

Liite 2. Kokemus palvelusta ja hoidosta

Taulukko 1. Kokemus palvelusta ja hoidosta

KOKEMUS PALVELUSTA JA HOIDOSTA	5 = täysin samaa mieltä	4 = osittain samaa mieltä	3 = ei samaa eikä eri mieltä	2 = osittain eri mieltä	1 = täysin eri mieltä	E = ei koske minua	Yhteensä
1. Saamani hoito oli hyvää	176	188	64	10	3	1	442
2. Henkilökunta kohteli minua hyvin	238	157	35	12	3	1	446
3. Luotin minua hoitaneen henkilökunnan ammattitaitoon	207	150	70	11	5	0	443
4. Koin oloni turvalliseksi hoidon aikana	226	139	58	13	9	0	445
5. Asioitani käsiteltiin niin, etteivät muut päässeet niitä kuulemaan	244	136	43	12	4	4	443
6. Koin, että minua kuunneltiin	193	154	64	20	13	2	446
7. Hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani	215	120	71	23	12	4	445
8. Olen voinut osallistua hoitoni arviointiin	166	136	84	25	12	16	439
9. Kokemukseni hoidosta vahvisti luottamustani tilanteeni paranemiseen	192	133	76	25	11	5	442
Yhteensä	1857	1313	565	151	72	33	3991

Liite 3. Tiedonsaanti

Taulukko 2. Tiedonsaanti

TIEDONSAANTI	5 = täysin samaa mieltä	4 = osittain samaa mieltä	3 = ei samaa eikä eri mieltä	2 = osittain eri mieltä	1 = täysin eri mieltä	E = ei koske minua	Yhteensä
10. Saamani tieto hoidosta oli ym- märrettävää	207	165	54	8	2	3	439
11. Saamani tieto hoidosta oli riittä- vää	176	159	65	26	6	3	435
Yhteensä	383	324	119	34	8	6	874

TIEDONSAANTI	K = Kyllä	E = En	Yhteensä
Sain tietoja sairaudestani	318	93	411
Sain tietoja tutkimuksistani ja niiden tuloksista	287	121	408
Sain tietoja lääkkeistäni ja niiden vaikutuksesta	298	113	411
Yhteensä	903	327	1230

Liite 4. Palvelujen toimivuus

Taulukko 3. Palvelujen toimivuus

PALVELUJEN TOIMIVUUS	5 = täysin samaa mieltä	4 = osittain samaa mieltä	3 = ei samaa eikä eri mieltä	2 = osittain eri mieltä	1 = täysin eri mieltä	E = ei koske minua	Yhteensä
12. Sain tukea ja apua silloin, kun sitä tarvitsin	178	157	81	14	5	4	439
13. Minulle oli varattu riittävästi aikaa	146	172	82	24	10	4	438
14. Hoitoni eteni sujuvasti	166	170	68	25	6	3	438
15. Hoitoyksikön tilat olivat viihtyisät	139	149	92	47	7	3	437
16. Yksikössä tai sen kautta oli tarjolla sopivasti erilaista toimintaa	103	126	109	56	33	13	440
Yhteensä	732	774	432	166	61	27	2192

Liite 5. Läheiset

Taulukko 4. Läheiset

LÄHEISET	5 = täysin samaa mieltä	4 = osit- tain samaa mieltä	3 = ei samaa eikä eri mieltä	2 = osittain eri mieltä	1 = täysin eri mieltä	E = ei koske minua	Yhteensä
17. Henkilökun- ta kohteli lä- heisiäni hyvin	213	82	24	4	4	106	433
18. Läheisilleni annettiin mah- dollisuus olla mukana hoidos- sani	176	80	48	12	11	104	431
Yhteensä	389	162	72	16	15	210	864

Liite 6. Palvelu sairaalassa

Taulukko 5. Palvelu sairaalassa

PALVELU SAIRAALASSA	5	4	3	2	1	Yhteensä	Keskiarvo
19. Millaiseksi koitte palvelun sairaalassa? <i>Vastausvaihtoehdot: 5 = erittäin hyväksi, 4 = hyväksi, 3 = en hyväksi enkä huonoksi, 2 = huonoksi, 1 = erittäin huonoksi</i>	88	161	42	6	1	298	4,1
20. Suositteletisitteko tätä sairaalaa läheisillenne, jos he sitä tarvitsisivat? <i>Vastausvaihtoehdot: 5 = kyllä, 4 = ehkä, 3 = en osaa sanoa, 2 = ehkä en, 1 = en</i>	153	87	36	10	10	296	4,23
Yhteensä	241	248	78	16	11	594	4,17

Liite 7. Kehityskohteet

Taulukko 6. Kehityskohteet

KEHITYSKOhteet	Yhteensä
Enemmän toimintaa	54
Ammattitaito	53
Enemmän keskusteluaikaa	50
Tiedonsaanti	19
Ympäristön viihtyvyys	17
Hoitohenkilökunnan läsnäolo	13
Yksityisyyden huomioiminen	6
Enemmän henkilökuntaa	4
Ruokailuvälit liian pitkiä	3
Laitoshuoltajien asenne	3
Potilaiden vaatetus	2
Kiusaamistilanteet	2
Ei pakkohoitoa	2
Enemmän aikaa ruokailulle	2
Liikaa toimintaa	1
Hoitohenkilökunnan vaihtelevuus	1
Hoitoneuvottelun ajankohta aiemmin	1
Hoitoajat liian pitkiä	1
Hoitoajat liian lyhyitä	1
Työvuorot tasaisemmiksi	1
Hoitajille käytännöllisemmät työasut	1
Turvallisuus	1
Enemmän omaa aikaa	1
Ruoka-annokset liian pieniä	1

Päällekkäiset ajat lääkärille ja psykologille	1
Yhteensä	241

Liite 8. Vahvuudet

Taulukko 7. Vahvuudet

VAHVUUDET	Yhteensä
Ammattitaito	137
Hyvä hoitokokonaisuus	37
Ruoka	34
Riittävästi keskusteluaikaa	26
Lääkehoito	23
Omahoitajuus	20
Tiedonsaanti	14
Ympäristö	13
Turvallisuus	11
Ryhmätoiminta/vertaistuki	10
Toiminta	8
Päivärytmi	6
Yksityisyyden huomiointi	2
Riittävästi henkilökuntaa	1
Terapia	1
Psykologiset testit	1
Yhteensä	344

Liite 9. Tutkimustaulukko

Taulukko 8. Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa, nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä, otos	Keskeiset tulokset
<p>Meronen Marja-Leena & Pylkkänen Kari, 2005, Suomi, artikkeli</p> <p>Asiakastyytyväisyys mielenterveyspalveluissa YTHS:n asiakastyytyväisyystutkimus</p>	<p>Mielenterveyspalvelujen asiakastyytyväisyyttä on tutkittu varsin niukasti.</p> <p>Arvioinneissa tulisi pystyä kartoittamaan tyytyväisyyttä koko hoitoprosessiin, ei ainoastaan yksittäiseen käyntiin.</p>	<p>Kyselylomake, joka annettiin jokaiselle vastaanotolla käyneelle opiskelijalle kahden päivän aikana. n = 281</p>	<p>Opiskelijoiden kokemukset YTHS:n mielenterveyspalveluista olivat hyvin myönteiset.</p> <p>Opiskeliijoista 81 % koki saamansa avun sopivan tarpeisiinsa ja toiveisiinsa.</p>
<p>Pitkänen Anneli, Mäki Katri, Salminen Anna-Stiina & Kauranen Marja, 2012, Suomi, artikkeli</p> <p>Kirjalliset ohjeet mielenterveyspotilaan tiedonsaannin tukena</p>	<p>Kuvata avo- ja osastohoidon mielenterveysyksiköissä olevia kirjallisia potilasohjeita ja niiden tarvetta psykiatrisessa hoidossa.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kahdessa vaiheessa:</p> <p>1. vaiheessa osastonhoitajat kartoittivat kaikki omaisille tai potilaille annettavat kirjalliset ohjeet. n = 23</p> <p>2. vaiheessa aineisto kerättiin internetsein kautta lähetetyllä potilasohjeiden tarvetta kartoittavalla kyselyllä. n = 103</p>	<p>Psykiatrisessa hoidossa ohjaus tapahtuu pääosin suullisesti. Käytössä on hyvin harvoin potilaille ja läheisille laadittuja potilasohjeita.</p>
<p>Stewart Duncan, Burrow Heather, Duckworth Alex, Dhillon Jasbir, Fife Sarah, Kelly Siobhan, Marsh-Picksley Sophie, Massey Emma, O'Sullivan John, Qureshi Maria, Wright Steve & Bowers Len, 2015, Englanti, artikkeli</p>	<p>Selvittää potilaiden käsityksiä hoitohenkilökunnan henkilökohtaisista ja ammatillisista ominaisuuksista ja miten nämä edistävät osaston ilmapiiriä.</p>	<p>Potilaita haastatettiin 16 eri akuutti-psykiatrian osastolta. n = 119</p>	<p>Hoitohenkilökunnan vuorovaikutus on huonoa ja hoito epä johdonmukaista. Muutoksia tulee tehdä pikaisesti.</p>

Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff			
<p>Sahlström Merja, Partanen Pirjo & Turunen Hannele, 2012, Suomi, artikkeli</p> <p>Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen</p>	Kuvata potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen.	Aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyllä kyselylomakkeella. Vastauksia kerättiin kotutuvilta potilailta yhden sairaalan kolmelta osastolta ja kolmen terveyskeskuksen vuodeosastoilta. n = 368	Potilaat ovat halukkaita osallistumaan potilasturvallisuuden edistämiseen, mutta kokevat tarvitsevänsä siitä lisää tietoa.
<p>Laitila Minna, 2010, Suomi, väitöskirja</p> <p>Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa.</p>	Kuvata asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta.	<p>Tutkimus toteutettiin kolmessa vaiheessa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiden haastattelu. n = 27 2. Työntekijöiden haastattelu. n = 11 3. Kuvausmallien muodostaminen asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. 	Asiakkaiden ja työntekijöiden mukaan asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä tarkoitti laajasti työntekijöiden tapaa tehdä työtä tai suppeasti tapaa, jolla työskentelyn tavoitteet asetetaan.
<p>Kuosmanen Lauri, 2009, Suomi, väitöskirja</p> <p>Personal liberty in psychiatric care – Towards service user involvement</p>	Tarkastella henkilökohtaista vapautta psykiatrisessa hoidossa potilaiden osallisuuden näkökulmasta.	<p>Tutkimusaineisto kerättiin neljässä vaiheessa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vaiheessa selvitettiin potilastyytyväisyyttä ja siihen liittyviä tekijöitä. n = 313 2. vaiheessa tutkittiin potilaiden kokemuksia vapauden rajoittamisesta sairaalahoidon aikana. n = 51 3. vaiheessa selvitettiin kirjallisuuskatsauksen avulla psykiatristen potilaiden 	Psykiatriset potilaat olivat melko tyytyväisiä hoitoonsa. Esiin nousi kuitenkin tyytymättömyyttä liittyen tahdonvastaiseen hoitoon ja rajoituksiin sekä tiedonsaantiin.

		<p>mahdollisuudet kannella hoidostaan.</p> <p>4. vaiheessa testattiin eri potilasopeutusmenetelmien vaikutuksia potilaiden kokemaan vapauden rajoittamiseen. n = 311</p>	
<p>Soininen Päivi, 2014, Suomi, väitöskirja</p> <p>Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals</p>	<p>Kuvata pakkoa kokeneiden potilaiden näkemystä hoidostaan sekä heidän elämänlaatuun. Lisäksi tavoitteena on tunnistaa metodologisia haasteita tutkimuksissa koskien potilaiden näkemystä pakosta psykiatriassa.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kolmessa vaiheessa:</p> <p>1. vaiheessa instrumentti Secluded/Restrained Patients' Perception of Their Treatment (SR-PPT) kehitettiin ja validoitiin Japanissa yhteistyössä suomalaisen tutkimusryhmän kanssa. n = 56.</p> <p>Lisäksi tutkimusaineisto kerättiin edellä mainitulla mittarilla eristetyiltä/sidotuilta potilailta. n = 90</p> <p>2. vaiheessa aineisto kerättiin kotiutusvaiheessa olevilta potilailta. n = 264</p> <p>3. vaiheessa tutkimusaineisto kerättiin sähköisistä tietokannoista. Metodologiset ja eettiset aiheet tarkasteltiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. n = 32</p>	<p>Potilaat kokivat yhteistyön henkiloitön kanssa heikkona; potilaiden mielipiteitä ei otettu huomioon, hoidon tavoitteita ei asetettu yhdessä ja hoitokeinot nähtiin eri tavoin.</p>
<p>Pitkänen Anneli, 2010, Suomi, väitöskirja</p>	<p>Löytää tekijöitä, jotka edesauttavat skitsofreniaa sairastavien potilaiden elämänlaadun parantamista</p>	<p>Tutkimus toteutettiin neljässä vaiheessa:</p> <p>1. vaiheessa selvitetiin potilaiden näkemystä subjektiiv-</p>	<p>Potilaat nimesivät useimmiten terveyden, perheen, harrastukset, työn tai opiskelun sekä sosiaaliset suhteet</p>

Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards	akuuttipsykiatrian osastoilla.	<p>sesta elämänlaadusta. n = 35</p> <p>2. vaiheessa arvioitiin kahden erilaisen elämänlaadun mittarin (EuroQoL-5D, EQ-5D; Quality of Life Enjoyment ja Satisfaction Questionnaire Short Form, Q-LES-Q SF) ominaisuuksia.</p> <p>3. vaiheessa kuvattiin potilaiden (n=35) ja hoitajien (n=29) näkemyksiä elämänlaatua tukevasta hoitotyön menetelmistä.</p> <p>4. vaiheessa arvioitiin kolmen erilaisen potilasopetuksen vaikutuksia potilaiden elämänlaatuun. n = 311</p>	tärkeimmiksi elämänlaadun alueikseen.
<p>Horppu Carita, 2008, Suomi, Pro gradu -tutkielma</p> <p>Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana</p>	Kuvata potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksia psykiatrisesta osastohoidosta, joka on strukturoitu kahden viikon pituiseksi kriisihoitajaksoksi.	Tutkimusaineiston muodostivat neljä potilaan ja neljä perheenjäsenen teemahaastattelua (n=8). Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.	Kriisihoitojaksoon oltiin melko tyytyväisiä, mutta jonkin verran esitettiin toiveita sen sisällön kehittämiseksi.
<p>Hätönen Heli, 2005, Suomi, Pro gradu -tutkielma</p> <p>Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalassa – mielenterveyspotilaan näkökulma</p>	Kuvata psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan tärkeänä pitämiä tiedonalueita, tiedonsaannin toteutumista sekä potilaan taustatekijöiden yhteyttä potilaan tiedonsaantiin.	Puolistrukturoitu haastattelu. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin kuvaillevin tilastollisin menetelmin ja kvalitatiivinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. n = 51	Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevat potilaat pitävät tärkeänä saada tietoa sairaudesta ja hoidosta, eri tukimuodoista sekä potilaan oikeuksista. Potilaat eivät kuitenkaan koe saavansa riittävästi tietoa näiltä alueilta. Suurin osa vastaajista toivoi saavansa tietoa kes-

			kustellen henkilökunnan kanssa.
<p>Pesonen Arja, 2006, Suomi, lisensiaatin-tutkimus</p> <p>Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista</p>	<p>Käsitellä mielen-terveyspotilaiden hyväksytyksi tulemisen kokemusta.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, puhelin haastattelu. Tutkimusaineisto analysoitu Colaizzin analyysimenetelmää käyttäen.</p> <p>n = 325</p>	<p>Hyväksytyksi tulemisen kokemus ilmenee sekä positiivisena että negatiivisena ilmiönä. Positiivisena ilmenee yhteytenä itseen, elämäntilanteeseen tai terveydentilaan sekä ympäristöön. Negatiivinen ilmentymä sisältää yhtymäkohtia hoitokärsimykseen.</p>
<p>Mattila Elina, 2011, Suomi, väitöskirja</p> <p>Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana</p>	<p>Muodostaa teoreettinen malli potilaan ja perheenjäsenen emotionaaliseen ja tiedolliseen tuesta sairaalahoidon aikana.</p> <p>Tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää potilaiden ja perheenjäsenten tukemisen, hoidon perhelähtöisyyden sekä tukinterventioiden kehittämisessä.</p>	<p>Tutkimusaineistot muodostuivat aikaisemmasta kirjallisuudesta (n=31), sairaanhoitajien kahdesta ryhmähaastattelusta (n=11) sekä kirjoitelmista (n=25). Potilaiden aineistot kerättiin kolmella ryhmähaastattelulla (n=9) sekä kyselylomakkeella (n=731). Perheenjäsenten aineistot kerättiin yhdellä ryhmähaastattelulla (n=2), yksilöhaastatteluna (n=5) sekä kyselylomakkeella (n=353). Kvalitatiiviset tutkimusaineistot analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä. Kvantitatiivisten aineistojen analyysissä käytettiin kuvailevia sekä monimuuttujamenetelmiä.</p>	<p>Sairaanhoitajat käyttävät vuorovaikutukseen perustuvia tuen tarpeen tunnistamisen menetelmiä, kuten yksilöllisen elämäntilanteen selvittämistä sekä henkisen hyvinvoinnin arviointia.</p>